

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

No

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 13 juillet 1900, à 1 heure

Par JEAN ROGER

Né à Podensac (Gironde), le 17 juillet 1867

Ancien interne lauréat des hôpitaux

Aide d'anatomie à la Faculté de Médecine

Médaille de bronze de l'Assistance Publique

ESSAI SUR LES INDICATIONS OPÉRATOIRES
ET LE CHOIX DE L'INTERVENTION

DANS

LE TRAITEMENT DES SUPPURATIONS PELVIENNES

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. KIRMISSON,

BROCA (Aug.),

WALTHER,

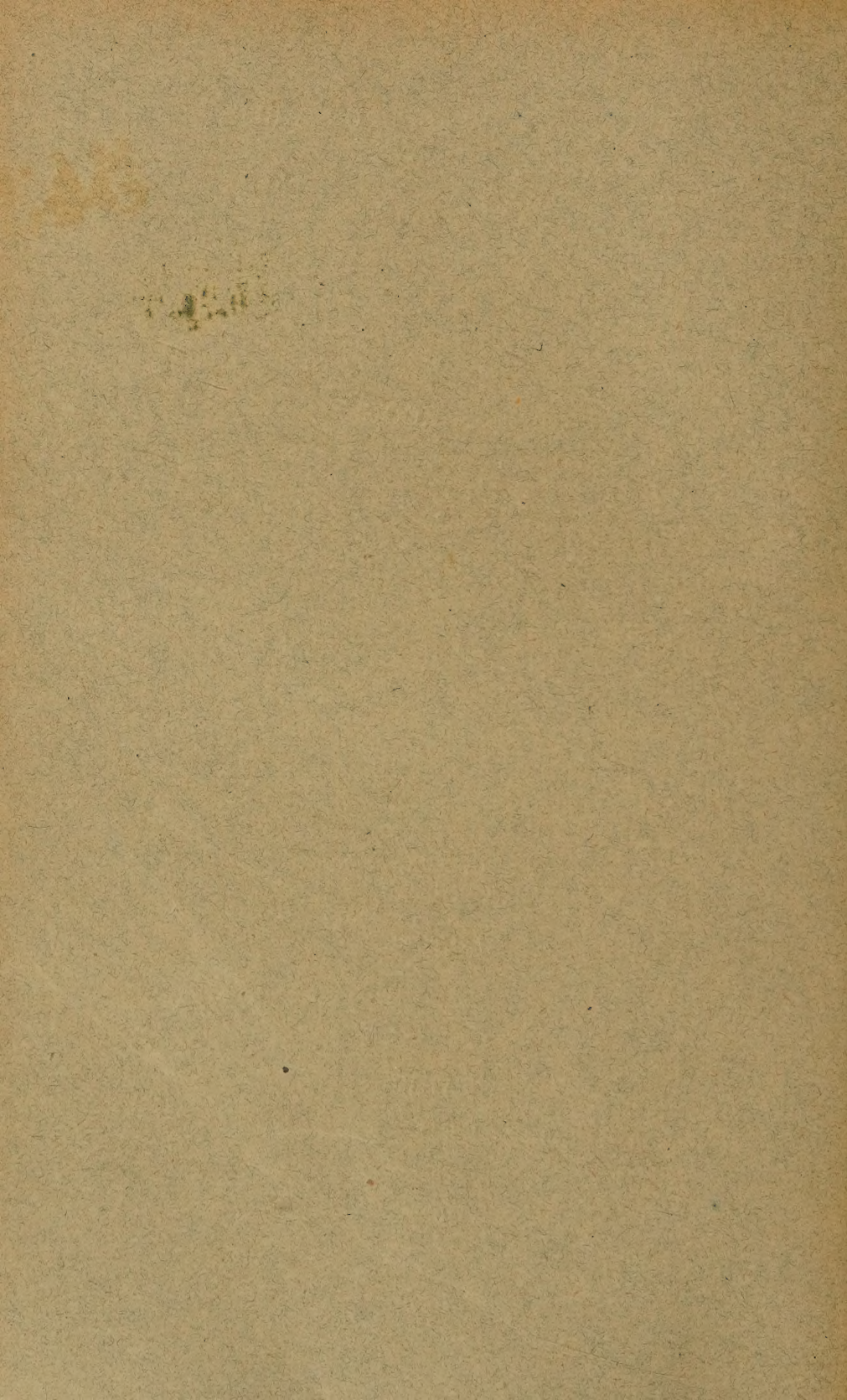
} agrégés.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1900



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 13 juillet 1900, à 1 heure

Par JEAN ROGER

Né à Podensac (Gironde), le 17 juillet 1867

Ancien interne lauréat des hôpitaux

Aide d'anatomie à la Faculté de Médecine

Médaille de bronze de l'Assistance Publique

ESSAI SUR LES INDICATIONS OPÉRATOIRES
ET LE CHOIX DE L'INTERVENTION

DANS

LE TRAITEMENT DES SUPPURATIONS PELVIENNES

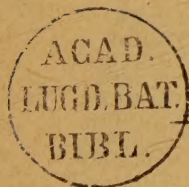
Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. KIRMISSON,

BROCA (AUG.),

WALTHER,

} *agregés.*



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAUVIGNE, 2

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.
Professeurs MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	{ HUTINEL.
Anatomie pathologique.....	{ LANNELONGUE.
Histologie.....	{ CORNIL.
Opérations et appareils.....	{ MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	{ BERGER.
Thérapeutique.....	{ POUCHET.
Hygiène.....	{ LANDOUZY.
Médecine légale.....	{ PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	{ BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	{ BRISSAUD.
	{ CHANTEMESSE.
	{ POTAIN.
Clinique médicale.....	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	{ DIEULAFOY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	{ GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	{ FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	{ JOFFROY.
	{ RAYMOND.
	{ DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.....	{ TERRIER.
Clinique des voies urinaires.....	{ PANAS.
Clinique d'accouchement.....	{ GUYON.
	{ PINARD.
	{ BUDIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DESGREZ.	LEJARS.	THIÉRY.
ALBARRAN.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ANDRÉ.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (Aug.).	GILLES DE LA TOURETTE	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA (André).	HARTMANN.	MERY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
PIERRE DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Secrétaire de la Faculté : PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TILLAUX

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

**ESSAI SUR LES INDICATIONS OPÉRATOIRES
ET LE CHOIX DE L'INTERVENTION**

DANS LE

TRAITEMENT DES SUPPURATIONS PELVIENNES

« Le phénomène de la suppuration est l'un des plus grands actes pathologiques de la nature vivante. Il se présente journellement à l'observation du médecin et surtout du chirurgien. Ce n'est point à titre spéculatif ni comme objet de pure contemplation qu'il appelle notre intérêt, c'est comme donnant naissance à une intervention nécessaire et qui doit être judicieuse. »

CHASSAIGNAC.

INTRODUCTION

Ce travail n'est qu'un essai : j'ai voulu que son titre fût modeste, parce qu'un élève ne peut traiter qu'avec humilité un sujet sur lequel s'est exercée la sagacité de tant de maîtres éminents.

Qui jugerait sans réflexion, pourrait cependant m'accuser de vanité en me voyant embrasser dans un même programme le traitement de toutes les variétés de suppurations pelviennes ; mais le reproche serait immérité, car c'est là une question qui, pour si vaste qu'elle soit, ne peut être scindée. Les lésions sont, en effet, trop souvent combinées dans l'inflammation péri-utérine, pour que le clinicien puisse envisager l'une d'entre elles sans que son esprit n'évoque immédiatement toutes les autres ; et si, par un besoin naturel de simplification, il établit parfois des divisions, celles-ci ne peuvent cependant lui faire perdre de vue la réalité des faits.

En m'appuyant sur l'autorité des gynécologues les plus expérimentés, j'ai soutenu le principe de l'intervention dans toute suppuration pelvienne, quels que soient la nature, le siège et le degré de l'inflammation, ne faisant qu'une seule exception en faveur de la salpingite purulente aiguë, non kystique et récente. Cette opinion semblera peut-être à quelques-uns, médecins sinon chirurgiens, trop radicale, et il est certain, qu'ainsi que l'écrivait Quesnay (1), « l'extinction de la cause humorale qui excite une inflammation serait la terminaison la plus avantageuse que nous pourrions obtenir pour guérir cette inflammation » ; mais plus d'un siècle s'est écoulé déjà depuis la publication de cette phrase remarquable, où est contenu en substance le principe de la sérothérapie, et, si les découvertes récentes nous laissent espérer la réalisation de l'aphorisme de Quesnay dans un avenir peut-être prochain, il nous faut néanmoins recourir encore au bistouri, faute de mieux. Or le pus, quel que soit son siège, doit être évacué.

Cependant, si l'intervention chirurgicale paraît le seul traitement rationnel des suppurations pelviennes, si elle doit être en général précoce pour éviter l'extension des lésions et empêcher la résorption des toxines microbiennes, toujours nocives pour l'organisme, il faut aussi qu'elle soit avant tout conservatrice. Concilier le principe de l'évacuation du pus avec celui de la conservation des organes, voilà le but que doit poursuivre la chirurgie, et c'est en nous conformant à cette idée de modération que nous avons tenté d'esquisser à grands traits les indications du traitement chirurgical des suppurations péri-utérines, au double point de vue de l'heure la plus favorable à l'intervention et de la méthode opératoire la meilleure.

(1) QUESNAY, *Traité de la suppuration*, MDCCLXIV.

HISTORIQUE

Chaque jour un fait nouveau surgit qui infirme, confirme ou atténue notre conception première des choses.

P. RECLUS, *Clin. chirurg. de la Pitié*,
préface.

L'existence des suppurations pelviennes semble ne pas avoir échappé à l'observation merveilleuse d'Hippocrate et de Galien ; mais il faut arriver jusqu'à la seconde moitié du *xvii^e* siècle, avant de voir Mauriceau (1) émettre la première notion précise sur les inflammations péri-utérines, en proclamant le rapport de certaines d'entre elles avec la puerpéralité. Dès cette époque, les salpingites sont connues : Frédéric Ruysch (2) signale l'occlusion des trompes de Fallope, consécutive à leur inflammation, et Nicolas Tulpius (3) rapporte un cas de distension énorme de ces organes par « l'humeur purulente ». Un siècle passe et Astruc (4) propose hardiment la ponction contre les hydropisies de la trompe, tandis que Portal (5) fait déjà une étude anatomique remarquable des lésions tubaires et jette les bases d'une classification.

Mais les suppurations pelviennes ne se développent pas uniquement dans la cavité des trompes : Pujos (6) indique qu'un certain nombre d'abcès pelviens se forment dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, dans l'épaisseur des ligaments larges, et Van Swieten (7), disciple de Boerhave, leur assigne le même siège, ou les localise dans la gaine du *psoas*.

(1) MAURICEAU, *Traité des maladies des femmes grosses*, 1668.

(2) F. RUYSCHE, *Observationum anatomico-chirurgicarum centuriæ*. Amstel., 1691.

(3) N. TULPIUS, *Observationum medicarum libri*, 1672.

(4) ASTRUC, *Traité des maladies des femmes*. Paris, 1761.

(5) PORTAL, *Anatomie médicale*. Paris, 1803.

(6) IN SIREDEY, *Les maladies puerpérales, étude clinique*. Paris, 1884.

(7) VAN SWIETEN, *Aphorismes*.

Un grand pas était donc déjà fait, au début de ce siècle, dans l'étude anatomique des suppurations pelviennes : le phlegmon du tissu cellulaire sous-péritonéal et la distension purulente des trompes semblaient des faits acquis : seule, la pelvi-péritonite était encore ignorée. Dupuytren (1) et Grisolle (2) entrevoyaient-ils cette dernière, lorsqu'ils insistaient sur la nécessité de ne pas établir de distinction entre les tumeurs de la fosse iliaque, survenant chez les femmes en couche, et les lésions analogues observées chez l'homme au cours de la péri-typhlite ? Je crains bien que ce rapprochement n'ait été de leur part qu'une hérésie nosologique ; en tout cas, il ne pouvait, à leur époque, que produire une confusion regrettable. Mais que dire de Lisfranc et de Gendrin (3), pour qui les tuméfactions péri-utérines étaient, suivant leur siège antérieur, postérieur ou latéral, un engorgement partiel, une inflammation limitée de la paroi correspondante de l'utérus ? Velpeau (4) enfin ne mit-il pas le comble à l'erreur, en considérant ces tumeurs comme de simples déplacements utérins ?

Avec Nonat (5), nous revenons heureusement à une observation plus scientifique. Cet auteur n'a pas de peine à montrer que les tumeurs inflammatoires du bassin, qui font corps en apparence avec l'utérus, se développent en réalité dans le voisinage de cet organe. Mais Nonat eut le tort de faire « du tissu cellulaire le quartier général de toutes les maladies inflammatoires du bassin chez la femme » (6) et de ne voir en toute tuméfaction, siégeant autour de la matrice, qu'un *phlegmon péri-utérin*. Aussi Bernutz et Goupil (7) ne tardèrent-ils pas, en s'appuyant sur l'autopsie d'une malade, qui avait servi à la description même de Nonat, à battre en brèche la doctrine du phlegmon pour lui substituer celle de la *pelvi-péritonite*. La pelvi-péritonite fit ainsi son apparition dans le cadre nosologique, où elle prit rang à côté

(1) DUPUYTREN, *Cliniques chirurgicales*, t. III.

(2) GRISOLLE, Tumeurs phlegmoneuses des fosses iliaques. *Arch. gén. de méd.*, 3^e série, 1839, t. IV.

(3) In SIREDEY, *loc. cit.*

(4) In SIREDEY, *loc. cit.*

(5) NONAT, *Gazette des hôpitaux*, 1850, n^o 25.

(6) PIERRE DELBET, *Traité des suppurations pelviennes*, 1891.

(7) BERNUTZ et GOUPIL, *Arch. gén. de méd.*, 1857.

du phlegmon péri-utérin ; mais les nombreux travaux, dont ce dernier fut le point de départ, indiquent assez la place prépondérante qui lui était conservée. Mégrat (1) distingua deux formes de phlegmons pelviens, suivant que l'inflammation se développait primitivement « dans l'épaisseur des ligaments larges », ou « autour de la matrice », constituant dans ce dernier cas la *paramétrite* de Virchow (2). Richard (3) et Hervieux (4) établirent des distinctions analogues et de Sinety (5), résumant les idées de l'époque sur le siège primitif des inflammations pelviennes, divisa celles-ci en trois variétés principales : « l'inflammation du péritoine ou pelvi-péritonite ; l'inflammation du ligament large ; l'inflammation circum-utérine proprement dite ».

Sous ce flot de publications, dont la suppuration du tissu cellulaire et du péritoine pelvien faisait tous les frais, les inflammations des annexes utérines elles-mêmes étaient oubliées ou à peine mentionnées. Aran (6) cependant avait bien essayé de démontrer que, dans la pelvi-péritonite de Bernutz et Goupil, l'inflammation primitive des trompes jouait le rôle principal et était le point de départ des accidents ultérieurs ; mais il fallait attendre l'avènement de la chirurgie abdominale pour voir les salpingites sortir de l'ombre et éclairer d'un jour tout nouveau la pathogénie des suppurations pelviennes. La réaction fut alors d'autant plus vive que l'erreur, jusque-là commise, apparut plus évidente : on nia la cellulite pelvienne, phlegmon du ligament large et phlegmon péri-utérin ; on nia la pelvi-péritonite, telle que l'avaient comprise Bernutz et Goupil ; l'inflammation des trompes faillit rester l'unique raison, nécessaire et suffisante, de toute suppuration pelvienne. « Toute grande découverte, écrit à ce propos Pierre Delbet (7), a une sorte de rayonnement qui masque ce qui n'est pas elle et emporte l'esprit vers l'exagération. Puis le calme se fait, l'équilibre se rétablit et tout reprend sa place après la secousse. » Aujourd-

(1) MÉGRAT, Thèse de Strasbourg, 1867.

(2) *Virchow's Archiv*, 1862, p. 415, t. XXIII.

(3) RICHARD, *Pratique journalière de la chirurgie*. Paris, 1868.

(4) HERVIEUX, *Traité clinique et pratique des maladies puerpérales, suites de couches*, Paris, 1870.

(5) DE SINETY, *Progrès médical*, 1882, p. 393.

(6) ARAN, *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes*, 1858-1860.

(7) PIERRE DELBET, *loc. cit.*, p. 6.

d'hui, la plupart de nos classiques, à la suite du remarquable travail de Delbet, qui a mis la dernière main à cette question si controversée du siège primitif des suppurations pelviennes, décrivent, à côté des salpingo-ovarites, la pelvi-péritonite et le phlegmon du tissu cellulaire du bassin, avec ses deux variétés anatomiques : phlegmon du ligament large proprement dit et phlegmon péri-utérin, ou mieux *phlegmon de la gaine hypogastrique*, suivant l'expression rigoureusement exacte de Delbet. La pelvi-péritonite peut-elle être réellement une affection primitive, essentielle, telle que l'avaient conçue Bernutz et Goupil et comme le soutiennent encore Delbet et Reclus (1) ? Le phlegmon du ligament large proprement dit, nié par Terrillon et Lallement (2), est-il vraiment une entité morbide, ainsi que semblent le prouver les expériences de Delbet et les faits cliniques qu'apporte cet auteur à l'appui de sa thèse ? Ce sont là questions de doctrine évidemment importantes, mais incapables heureusement de nous arrêter dans l'étude, la seule que nous envisagions ici, du traitement des suppurations pelviennes.

Les différentes méthodes chirurgicales, mises en œuvre contre les inflammations péri-utérines, ont fatalement subi le contre-coup des incertitudes par lesquelles est passée la localisation anatomique de ces inflammations. Nous avons vu Astruc (3), à la fin du siècle dernier, proposer de « vider, en y faisant une ponction avec le trois-cart », les hydropisies tubaires. Vers la même époque, Laumonier (4) de Rouen incisait déjà audacieusement par la région inguinale une énorme salpingite à contenu purulent fétide, extirpait du même coup l'ovaire et essayait, heureusement en vain, de rompre les adhérences intestinales pour extraire la trompe malade. Mais l'incision inguinale de Laumonier devait tomber dans un injuste oubli et ne reparaitre qu'avec Roser (5), près d'un siècle plus tard.

Callisen, au dire de Bourdon (6), fut le premier qui osa ouvrir

(1) RECLUS, *Congrès français de chirurgie*, Paris, 1890, et *Sem. méd.*, 1891.

(2) LALLEMENT, Thèse de Paris, 1881.

(3) ASTRUC, *loc. cit.*

(4) LAUMONIER, *Histoire de la Société royale de médecine*, 1782, t. V, p. 296.

(5) ROSER, *Handb. d. Anat. Chirurg.*, p. 588. Tübingen, 1864.

(6) BOURDON, *Revue médicale*, 1841.

un abcès pelvien par la voie vaginale. Macarn (1), en 1788, imita son exemple ; mais ce n'est qu'avec Pelletan (2), Velpeau (3), Dupuytren (4) et surtout Récamier et son élève Bourdon que cette méthode commença à prendre rang dans la pratique chirurgicale. Cependant de nombreux insuccès, que nous nous expliquons facilement par les infections secondaires inévitables à cette époque, provoquèrent bientôt une scission parmi les gynécologues et, tandis que Demarquay (5) et Spencer Wells restaient quand même partisans déclarés de l'intervention, Aran, Becquerel (6) et West (7) se prononçaient catégoriquement pour l'abstention. Entre ces deux écoles opposées prirent place naturellement des éclectiques ; Bernutz et Goupil, Gaillard Thomas (8), de Sinety et Gallard (9), tout en usant largement du traitement médical, furent interventionnistes dans une certaine mesure.

La chirurgie des suppurations pelviennes en était encore réduite à cette pratique timide de l'incision vaginale, lorsque, sous l'influence des doctrines naissantes de Pasteur, Lister, dès 1865, commençait à Edimbourg l'application à la chirurgie de la méthode antiseptique. Enthousiasmé par les succès opératoires d'un tel maître, un jeune chirurgien de vingt-sept ans, Lawson Tait (10) ne craignit pas d'enlever, de propos délibéré, le 2 février 1872, un ovaire atteint de suppuration chronique : la laparotomie pour lésions inflammatoires des annexes utérines était créée. L'heureuse audace de Tait, qui, dès 1877, pratiquait couramment la salpingo-ovariectomie, eut un énorme retentissement dans le monde chirurgical et Hegar (11), G. G. Bantock (12), Martin (13), de Berlin, Baumgartner (14), Ernst Odebrecht (15), Augus Macdo-

(1) IN MORÉLY, Thèse de Paris, 1899.

(2) PELLETAN, *Gazette médicale*, p. 544, 1835.

(3) VELPEAU, *Méd. opér.*, t. V, p. 350, 1837.

(4) DUPUYTREN, *Leçons orales*, t. III, 1839.

(5) DEMARQUAY, *Gaz. des Hôpitaux*, 1857.

(6) BECQUEREL, *Maladies de l'utérus*, 1859.

(7) WEST, *Disease of Women*, 1858.

(8) GAILLARD THOMAS, *Maladies des femmes*, trad. LUTAUD.

(9) GALLARD, *Gaz. des Hôpitaux*, 1855.

(10) LAWSON TAIT, Biographie, in *Revue de gynécologie*, juillet-août 1899.

(11) HEGAR, *Centr. f. Gyn.*, 1878, n° 2.

(12) G. G. BANTOCK, *Brit. med. Journ.*, 22 janvier 1880.

(13) MARTIN, *Berlin. klin. Woch.*, 25 février 1880.

(14) BAUMGARTNER, *Arch. f. Gyn.*, B. XIII, Heft 3, p. 483.

(15) E. ODEBRECHT, *Berlin. klin. Woch.*, 18 et 25 avril 1882.

nald (1), Thomas Savage (2), Mundé (3) à l'étranger, Terrier (4) et Terrillon (5) en France publiaient bientôt les premiers succès qu'ils devaient à « l'opération de Lawson Tait ». Mais l'essor de la laparotomie ne date réellement chez nous que de la communication faite par Routier (6), le 14 novembre 1888, à la Société de chirurgie. La discussion qu'elle souleva eut le double résultat de fixer déjà dans une certaine mesure les indications de la castration annexielle pour lésions inflammatoires et de faire la lumière sur la pathogénie des suppurations pelviennes. Routier, en effet, pense qu'il faut « proposer la laparotomie à toute malade qui, présentant depuis un certain temps, trois ans et demi en moyenne, des douleurs dans le ventre, offre en outre au toucher des tuméfactions dans la région de ses ligaments larges ». Il se range en outre à l'ancienne opinion d'Aran, pour qui les suppurations péri-utérines reconnaissent presque toujours pour cause l'inflammation des trompes et des ovaires. Quénu, s'appuyant sur les recherches de Nöggerath, Westermarck et Orthmann, qui ont trouvé le gonocoque de Neisser dans le pus des abcès intra-tubaires, considère que la salpingite n'est « qu'une inflammation utérine directement propagée par la muqueuse », tandis que pour J. Lucas-Championnière « salpingites et ovarites sont secondaires à la lymphangite péri-utérine ». Terrier explique les accidents de pelvi-péritonite, si fréquemment observés dans l'inflammation des annexes, par « la solution de continuité qui existe entre l'ovaire et la trompe ». Richelot trouve que « le terme de salpingite est beaucoup trop restreint » et Trélat résume dans l'expression, un peu complexe mais exacte, de « métro-salpingo-ovario-péritonite » les lésions variées que peut produire l'inflammation de l'appareil génital de la femme. Tous, est-il besoin de le dire, sont partisans de l'intervention dans la mesure de leur tempérament chirurgical. Enfin paraît la thèse de Monprofit (7), où l'auteur, très convaincu de l'urgence qui s'impose

(1) A. MACDONALD, *Edinb. med. Journ.*, p. 97, août 1884.

(2) T. SAVAGE, *Brit. med. Journ.*, janvier 1885.

(3) MUNDÉ, *Obst. Soc. New-York*, 20 avril 1886.

(4) TERRIER, *Revue de chirurgie*, janvier 1885.

(5) TERRILLON, *Bull. gén. de thérap.*, 30 octobre 1884.

(6) ROUTIER, *Bull. de la Soc. de chir.*, séance du 14 novembre 1888 et suivantes.

(7) MONPROFIT, Thèse de Paris, 1888.

au chirurgien d'enlever les annexes malades, décrit dans tous ses détails l'opération préconisée par Lawson Tait.

C'est l'époque où la laparotomie brille de tout son éclat et règne en maîtresse souveraine à l'exclusion de toute autre méthode. Non seulement on enlève par l'abdomen toute tumeur annexielle énucléable, mais encore on use de cette voie dangereuse pour ouvrir les abcès pelviens. Lawson Tait (1), en 1881, draine une collection purulente par la voie sus-pubienne et Christian Fenger (2) considère la laparotomie comme l'opération de choix pour aller à la recherche des abcès péri-utérins.

Mais une pratique aussi audacieuse ne fut pas sans donner, à côté de succès remarquables, des résultats désastreux. Aussi R. Jackson (3), tout en restant partisan de la voie abdominale, se préoccupait-il de pénétrer dans la cavité de l'abcès sans ouvrir le péritoine. Guidé par le même souci, Pozzi (4), reprenant l'ancienne incision de Laumonier, réhabilitée dès 1864 par Roser, et imitant la pratique préconisée déjà par Hegar (5), proposait d'atteindre les abcès pelviens par la région inguinale, en décollant le péritoine pariétal comme dans la ligature de l'iliaque externe. C'est là la *laparotomie sous-péritonéale*, que nous voyons adopter dans certains cas par Terrillon (6), bien que les préférences de ce dernier soient pour la méthode de L. Tait et de C. Fenger.

Ainsi donc, qu'il s'agisse d'extirpation de poches purulentes ou de simple incision d'abcès, la voie abdominale est la seule praticable, la seule dont on veuille entendre parler ! Aussi Laroyenne (7) essaie-t-il, mais en vain, de donner à l'incision vaginale un regain d'actualité. Byford (8), en proposant vers la même époque l'ouverture des collections pelviennes par le rectum, n'est pas plus heureux. Zuckerkandl (9), vantant l'incision périnéale, est suivi

(1) L. TAIT, On the treatment of pelvic suppuration by abdominal section and drainage. *Med. chir. trans.*, vol. LXIII, p. 307, 1881,

(2) CH. FENGER, *Am. med. Assoc. Med. News*, 8 mai 1885.

(3) R. JACKSON, Laparotomy for pelvic abscess. *Am. Journ. of obstet.*, juin 1886.

(4) POZZI, *Bull. de la Soc. de chir.*, séance du 14 avril 1886, p. 294.

(5) HEGAR, *Vort a. d. oberrhein. Aerzietag*, 1881.

(6) TERRILLON, *Sem. méd.*, 4 août 1886 et *Bull. de la Soc. de chir.*, 1887, p. 367.

(7) LAROYENNE, *Lyon méd.*, février 1886.

(8) BYFORD, *Obst. Gaz. of Cincinnati*, avril 1886, p. 174.

(9) ZUCKERKANDL, *Wiener med. Presse*, 1889, n° 7 et 12.

une seule fois dans cette voie par Sängér (1). Enfin la tentative d'Hegar et Wiedow (2), pour introduire la méthode sacrée dans le traitement des suppurations pelviennes, n'a qu'un bien faible écho auprès de Schede, Czerny et Kummel (3).

Il faut croire cependant que la voie abdominale ne donnait pas dans le traitement des inflammations péri-utérines tous les résultats désirés, car on vit bientôt surgir un nouveau mode d'intervention vaginale, dont la fortune devait égaler puis dépasser, jusque dans ces derniers temps du moins, celle de la laparotomie. Le 12 décembre 1887, Péan (4) pratique la première hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne ; mais trois années s'écoulent avant que, dans les communications successives au Congrès international de Berlin (5), puis à l'Académie de médecine (6), et dans une leçon professée à l'hôpital Saint-Louis (7), cet habile chirurgien « pose les indications de la castration utérine, en décrive les temps opératoires et, par 60 opérations sans un décès, en démontre l'efficacité et la bénignité » (8).

Le premier et le plus chaud partisan de « l'opération de Péan » fut Segond (9), auquel revient l'honneur d'avoir étendu le champ de ses indications : d'abord limitée, en effet, aux suppurations péri-utérines graves, où elle constituait un drainage idéal, l'hystérectomie vaginale, faisant entre les mains de Segond une concurrence directe à la laparotomie, s'adressa de plus aux cas moins complexes de tumeurs annexielles facilement énucléables. C'était, comme l'écrit Baudron, « la substitution pure et simple de l'hystérectomie à la laparotomie dans toutes les lésions inflammatoires bilatérales des annexes ».

Notre but n'est ici que d'ébaucher à grands traits les différentes phases par lesquelles est passée l'histoire du traitement des suppurations pelviennes et ce serait nous perdre dans le détail que de rappeler les polémiques soulevées par l'opération de Péan

(1) PIERRE DELBET, *loc. cit.*, p. 413.

(2) WIEDOW, *Berlin. klin. Woch.*, 1889, p. 203.

(3) MORESTIN, Thèse de Paris, 1894, p. 316.

(4) SECHÉYRON, *Traité d'hystérotomie et d'hystérectomie*, p. 784. Paris, 1889.

(5) PÉAN, *X^e Congrès international de Berlin*, 1890.

(6) PÉAN, *Bull. de l'Ac. de Méd.*, 1890, t. XXIV, p. 9.

(7) PÉAN, *Bull. méd.*, 1880, p. 633.

(8) BAUDRON, Thèse de Paris, 1894, p. 10.

(9) SEGOND, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1891, p. 153.

dans le monde chirurgical ; nous ne pourrions d'ailleurs que paraphraser les pages impartiales consacrées par Baudron à l'histoire de la castration utérine. Contentons-nous donc pour l'instant de marquer les principales étapes du chemin parcouru par la nouvelle intervention : le remarquable rapport de Segond (1) au Congrès de Bruxelles établit définitivement le droit de cité acquis par l'hystérectomie vaginale dans le traitement des inflammations utéro-annexielles ; un peu plus tard, Richelot (2) écrit, dans sa langue imagée, que « les grandes suppurations et les adhérences compliquées sont l'écueil de la laparotomie, le triomphe de l'hystérectomie vaginale » ; enfin Bouilly (3), exprimant au Congrès de Genève l'opinion de la majorité, proclame que « l'hystérectomie vaginale représente la méthode par excellence de traitement des suppurations pelviennes et que la laparotomie ne vit plus que de ses contre-indications ».

La voie vaginale avait donc reconquis à cette époque son droit de premier occupant, car non seulement l'opération de Péan éclipsait celle de Lawson Tait dans l'extirpation des tumeurs annexielles, mais encore l'ancienne incision vaginale, sous l'effort persévérant de Laroyenne, qu'un premier échec n'avait pas découragé, était définitivement préférée à la laparotomie, dans la simple ouverture des abcès pelviens. Les communications de Goullioud (4), élève de Laroyenne, et de Bouilly (5) furent le point de départ de cette réaction salutaire qui n'a fait que s'affirmer depuis, comme en témoignent les nombreuses et récentes publications de Tuffier et Rodriguez (6), de Rosenblat (7), Pozzi (8), Monod (9),

(1) P. SEGOND, Rapport sur les suppurations pelviennes. *Congrès intern. d'obst. et de gyn. de Bruxelles*, septembre 1892.

(2) G. RICHELOT, *L'hystérectomie vaginale*. Paris, 1894.

(3) G. BOUILLY, Trait. chir. des supp. pelv. *Congrès de Genève*, septembre 1896.

(4) GOULLIOUD, *Congrès français de chirurgie*, octobre 1889.

(5) BOUILLY, De l'ouverture par voie vaginale des collections purulentes salpingées et ovariennes. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1899, t. XVI, p. 300.

(6) RODRIGUEZ, Incision du cul-de-sac postérieur dans les suppurations et les hémorrhagies pelviennes. Thèse de Paris, 1895.

(7) ROSENBLAT, Incision du cul-de-sac postérieur dans les suppurations et hématoécèles pelviennes. Thèse de Paris, 1896.

(8) POZZI, De la colpotoomie dans les suppurations pelviennes. *Sem. gyn.*, 18 février 1898.

(9) MONOD, Traitement des salpingites suppurées par l'incision vaginale. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1898.

Phocas (1), Dally (2), Sassy (3), Picqué (4), Hartmann (5), Legueu (6), Massier (7) et Morély (8), pour ne citer que les plus importantes.

Le crédit sans cesse grandissant de la voie vaginale s'augmenta même d'un troisième mode de traitement des lésions inflammatoires des annexes par le vagin. H. T. Byford (9), en 1888, reprenant la pratique déjà ancienne d'Atlee (10) et de Gaillard Thomas (11), dont l'exemple avait été momentanément suivi par Gilmore de Mobile (12), Davis de Wilkesbarre (13), Clifton E. Wing de Boston (14) et Goodell, préconisa l'ablation des annexes par le vagin, sans hystérectomie préalable. Bouilly et Vallin (15), Picqué et Bonnegaze (16) en France, Brailhwaite (17) en Angleterre, Chrobak (18) et Martinetti (19) en Allemagne firent quelques applications de cette nouvelle méthode ; mais celle-ci devait surtout sourire à Laroyenne (20) et Goullioud (21) qui, dès 1893, la mettaient en pratique dans les cas les plus difficiles. Condamin (22),

(1) PHOCAS, L'incision vaginale dans les supp. pelv. *Nord méd.*, 1^{er} juin 1898.

(2) DALLY, *L'incision vaginale directe dans les coll. pelv.* Thèse de Paris, 1898.

(3) SASSY, *Incision du cul-de-sac postérieur dans les supp. pelv.* Thèse de Paris, 1898.

(4) PICQUÉ, De la valeur de la colpotomie. *La Gynécologie*, n° 3, 1898.

(5) HARTMANN, La colpotomie postérieure dans le traitement des annexites suppurées. *Ann. de gyn.*, août 1898.

(6) LEGUEU, *Revue internationale de méd.*, 1898, p. 313.

(7) MASSIER, *De la valeur de la colpotomie dans les opérations pelviennes.* Thèse de Paris, 1898.

(8) MORELY, *Essai sur l'ouverture des collections pelviennes par la voie vaginale.* Thèse de Paris, 1899.

(9) H. T. BYFORD, Removal of the uterine appendages and small ovarian tumors by vaginal section. *Am. Journ. of obst.*, avril 1888.

(10) Cité par GOODEL, in *Archives de tocologie*, trad. DE SOYRE.

(11) GAILLARD THOMAS, *loc. cit.*

(12) GILMORE, *New-Orl. med. and surg. Journ.*, novembre 1873.

(13) R. DAVIS, *Bost. med. and surg. Journ.*, 1876.

(14) C. E. WING, *Bost. med. and surg. Journ.*, 1876 et *Amer. Gyn. Society*, 1877.

(15) VALLIN, Thèse de Paris, 1887.

(16) BONNEGAZE, Thèse de Paris, 1889.

(17) BRAILHWAITE, in *The Lancet*, 1888.

(18) CHROBAK, *Cent. f. Gyn.*, n° 39, 1888.

(19) MARTINETTI, *Cent. f. Gyn.*, n° 59, 1888.

(20) LAROYENNE, De l'ablation par le vagin des annexes de l'utérus enkystées dans une pelvi-péritonite. *Ann. de gyn.*, juillet 1893.

(21) GOULLIOUD, Extirpation vaginale et unilatérale de petits pyo-salpinx. *Lyon méd.*, 18 décembre 1892 et 29 janvier 1893.

(22) CONDAMIN, De l'ablation des annexes par la voie vaginale dans la salpingo-ovarite enkystée. *Lyon méd.*, 8 juillet 1894.

marchant sur leurs traces, la considéra comme un procédé de choix dans les salpingo-ovarites enkystées et inspira la thèse de Manouléides (1) sur la salpingo-ovariotripsie. Enfin Dührssen et Martin de Berlin se présentèrent, en 1897, au Congrès international de Moscou « le premier avec une statistique de 305 cas de colpo-cœliotomie, dont 200 où cette opération fut pratiquée pour la cure des inflammations des annexes utérines, le second avec le total plus imposant encore de 496 colpo-cœliotomies pratiquées pour les lésions les plus diverses de l'appareil génital » (2).

Cependant la voie vaginale conservait des adversaires irréductibles qui, perfectionnant avec patience la technique de la laparotomie, devaient rendre un jour à cette dernière sa suzeraineté perdue. Malgré Lawson Tait (3), qui dédaignait de contrôler par la vue l'œuvre de sa main, l'introduction de la position déclive dans la pratique gynécologique a marqué un des progrès les plus sensibles de la chirurgie pelvienne par voie abdominale. Déjà recommandée par Ambroise Paré (4), pour « réduire l'intestin tombé en les bourses », et par Jean Scultet (5), dans le même but, la position déclive a été utilisée pour la première fois chez la femme par Freund (6) comme simple moyen d'exploration ; c'est au même titre que Mendes de Leon (7) en a vanté l'emploi. Trendelenburg (8) qui, au dire de Willy-Meyer (9), l'aurait tout d'abord appliquée à la recherche des tumeurs de la vessie, commença, en 1890, à la mettre couramment en pratique dans ses interventions gynécologiques par la voie abdominale. La position de Trendelenburg, ainsi qu'on l'a appelée depuis, fut rapidement adoptée par la plupart des laparotomistes, qui lui durent leurs plus beaux succès. La vue parfaite des organes malades, la pro-

(1) MANOULÉIDES, *De la salpingo-ovariotripsie*. Thèse de Lyon, 1897.

(2) F. VALLE CASTILLO, *De la colpo-cœliotomie sans hystérectomie dans l'extirpation des lésions utéro-annexielles. Sa pratique à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu*. Thèse de Paris, 1897.

(3) L. TAIT, *Maladies et extirpation des appendices utérins*. *Edinb. med. Journ.*, p. 201, septembre 1885.

(4) Cité par P. DESFOSSES, in *Revue de gynécologie*, juillet-août 1899.

(5) *IBID.*

(6) Cité par LENTZ, *Beitrag zur gyn. untersuch. Die untersuch. in Suspension*. Strasbourg, 1880.

(7) MENDES DE LEON, *Cent. f. Gyn.*, 26 mai 1888.

(8) TRENDLENBURG, *Verhandl. d. deutsch. Gesell. f. Chir.*, Berlin, 1890, XIX, p. 53, et *Samml. klin. Vortr.*, Leipzig, 1890, n° 355.

(9) WILLY-MEYER, *Arch. f. klin. Chir.*, 1885, Bd XXXI, p. 514.

tection facile de l'intestin, refoulé vers la coupole diaphragmatique, la possibilité de supprimer les surfaces cruentées, d'abandonner le procédé des ligatures en masse pour pincer uniquement les artères, suivant la pratique préconisée par Pierre Delbet (1), Dunning (2), Kreutzmann (3) et Penrose (4), permirent des prouesses, jusque là ignorées, et la conception d'une intervention nouvelle et sans égale, la castration abdominale totale.

A l'école américaine revient l'honneur d'avoir tenté la première et préconisé l'hystérectomie abdominale dans le traitement des suppurations pelviennes. Selon Trawis Gibb (5), c'est, en effet, Polk de New-York qui, le 13 février 1892, pratique pour la première fois cette opération dans un cas de lésions suppurées des annexes ; Krug (6) en fait presque simultanément l'application dans les mêmes circonstances ; Howard A. Kelly (7) de Baltimore décrit son procédé opératoire, qui devait faire fortune, et Baldy (8) publie peu après la série sans tache de ses succès. Delagénère (9) du Mans eut le grand mérite d'importer en France la méthode américaine et d'être le seul chirurgien français qui ait présenté sa défense au Congrès international de Genève. RicheLOT (10) ne tarda pas à proclamer à la Société de chirurgie que, dans le traitement des lésions inflammatoires des annexes, « toutes les fois que le chirurgien, pour une raison quelconque, choisit la voie sus-pubienne, l'hystérectomie abdominale totale est le correctif et le complément logique, sinon toujours nécessaire, de la laparotomie ». Segond (11), il est vrai, ne considéra la pratique américaine que « comme une intervention d'exception, mais comme une intervention supérieure quand elle est bien indiquée ». Enfin Hartmann (12), imitant la pratique de Barden-

(1) PIERRE DELBET, *Ann. de gyn.*, 1896, II, p. 537.

(2) DUNNING, *Am. Journ. of obst.*, 1896, II, p. 493.

(3) KREUTZMANN, *Am. Journ. of obst.*, 1896, II, p. 830.

(4) PENROSE, *Am. of Surgery*, 1896, II, p. 35.

(5) TRAWIS GIBB, *New-York Journ. of gyn. and obst.*, 1894.

(6) KRUG, *Am. Journ. of obst.*, 1894.

(7) H. A. KELLY, *Congrès de Washington*, novembre 1892.

(8) BALDY, *Philad. obst. Soc.*, 5 octobre 1893 et *Am. Journ. of obst. and diseas. of women and children*, 1894. 22 opérations, 22 guérisons.

(9) DELAGÉNIÈRE, *Congrès français de chirurgie*. Lyon, 1894.

(10) RICHELLOT, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1897, t. XXIII, p. 481.

(11) SEGOND, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1897, t. XXIII, p. 542.

(12) HARTMANN, *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1897.

heuer (1) en Allemagne, se mit à extirper l'utérus toutes les fois que les lésions des annexes exigeaient une castration bilatérale.

Aujourd'hui les résultats merveilleux, fournis par la castration abdominale totale, ont fortement ébranlé, il faut bien l'avouer, la fortune de l'hystérectomie vaginale. Ne venons-nous pas, en effet, de voir Richelot et Segond, ces deux maîtres incontestés de la voie vaginale, reconnaître, quoique dans une mesure différente, les avantages de l'hystérectomie abdominale ? Mais faut-il, comme vient de le soutenir tout récemment Hartmann (2) au Congrès d'Amsterdam, rejeter complètement et définitivement l'hystérectomie vaginale du traitement des suppurations pelviennes ? C'est là une opinion bien absolue pour être admise sans débat, et J.-L. Faure (3), comme nous essaierons de le démontrer plus loin, nous paraît davantage dans la vérité lorsqu'il réserve encore les cas aigus et graves à la castration utérine.

Telle est dans ses grandes lignes l'histoire des suppurations pelviennes au double point de vue de leur localisation anatomique et de leur traitement inséparables l'un de l'autre. « Le principe de l'intervention est universellement admis et ne saurait être discuté » (4). Nous avons donc laissé dans l'ombre le traitement médical et les procédés timides, dangereux ou fantaisistes (5) dont on a fait aujourd'hui justice. Mais avant de clore ces pages, où nous avons volontairement sacrifié le détail à la clarté, dégageons une formule qui fixe nos souvenirs :

Il y a trois grandes variétés de suppurations pelviennes : les phlegmons du tissu cellulaire, les salpingo-ovarites suppurées et la pelvi-péritonite, qui peuvent exister soit à l'état isolé, soit simultanément.

(1) In BLIESENER, *Monatssch. f. Geburtsh. und Gyn.*, 1896.

(2) HARTMANN, *Congrès d'Amsterdam*, août 1899. *Presse médicale*, 26 août 1899.

(3) J.-L. FAURE, *ibid.*, et *Gazette des hôpitaux*, 5 septembre 1899.

(4) BOUILLY, *Congrès périodique international de gynécologie et d'obstétrique*. Genève, septembre 1896. *Comptes rendus* publiés par BÉTRIX, p. 29.

(5) *Ponction simple* : HERVOT, Thèse de Paris, 1887 : VUILLET, *Congrès de Bruxelles*, 1892. *Expression des trompes* : W. M. POLK, *Am. Journ. of obst.*, p. 30, juin 1887. *Cathétérisme des trompes* : MUNDÉ, *Am. Journ. of obst.*, p. 150, février 1888. *Evacuation artificielle des collections enkystées de la trompe par la dilatation permanente et le drainage utérin* : DOLÉRIS, *C. R. Soc. de Biologie*, 21 décembre 1888, etc.

Deux voies principales se sont disputé la faveur des chirurgiens dans le traitement de ces suppurations, la voie vaginale et la voie abdominale ; par l'une et par l'autre ont été mises en œuvre les trois mêmes méthodes opératoires : la simple ouverture des collections purulentes, l'extirpation partielle de l'appareil utéro-annexiel, son extirpation totale.

CHAPITRE PREMIER

Séméiologie.

En fait de suppurations pelviennes, nous avons plus de moyens d'action que de connaissances précises.

PIERRE DELBET (*Loc. cit.*).

Poser les indications opératoires du traitement chirurgical des suppurations pelviennes n'est point œuvre aisée. Combien sont diverses, en effet, les considérations qui doivent guider notre décision, faire appel à notre prudence ou triompher de nos hésitations ! Richesse de la flore microbienne susceptible de provoquer la suppuration, virulence des agents infectieux variable avec les phases parcourues par l'inflammation, séméiologie souvent impuissante à affirmer l'existence du pus et à préciser le siège anatomique de l'abcès, importance fonctionnelle des organes malades au double point de vue de la reproduction de l'espèce et de l'équilibre physiologique de l'individu en cause, tels sont les éléments, de nature disparate et de valeur inégale, sur lesquels doit cependant tabler notre jugement pour faire son choix de l'heure la plus favorable à l'intervention, de la voie la plus accessible et de la méthode opératoire la plus judicieuse. Le problème est donc délicat et le chirurgien doit s'attendre à ne pouvoir en donner toujours la solution complète. Mais il est cependant deux points d'importance capitale sur lesquels il doit constamment s'efforcer d'être fixé : je veux parler de la virulence du pus et du siège exact des lésions. Or l'analyse minutieuse des symptômes peut seule le renseigner à ce sujet.

Ce serait donc faire une pétition de principe que d'envisager le traitement des suppurations pelviennes avant d'avoir discuté la valeur, au double point de vue de la virulence et de la localisa-

tion anatomique du pus, des phénomènes observés. Sans doute ceux-ci sont parfois inconstants ou variables et « l'on peut dire qu'il est plus facile de se tromper que d'être exact. Cependant le gynécologue, posant le diagnostic le plus précis toute chose égale d'ailleurs, obtiendra les plus beaux résultats ; il perdra le moins de malades et ses guérisons seront les meilleures » (1).

I. — Valeur des signes généraux.

Fièvre. — La fièvre présente en pathologie pelvienne une importance considérable, car non seulement elle nous met en garde contre la virulence du pus, mais encore elle constitue « un des meilleurs signes de la localisation anatomique des lésions » (2).

Duplay et Clado distinguent trois types principaux d'élévation thermique au cours des affections utérines ou annexielles : dans le premier qui revêt deux modalités, la température se maintient sans rémission matinale entre 39 et 40°, ou bien présente de grandes oscillations à ascension vespérale très accentuée ; dans le second, elle ne dépasse guère 38° à 38°5 ; enfin dans le dernier, le thermomètre s'élève à peine de un demi à un degré au-dessus de son niveau normal. Or le type I, surtout fréquent dans l'infection puerpérale, annonce la cellulite pelvienne ou la pelvi-péritonite aiguë, et, quand la courbe thermique affecte la forme en plateau, on est en droit de redouter une infection totale ou massive dont le pronostic est des plus graves. Le type II répond surtout à l'endo-méthro-salpingite aiguë et à la rétention partielle des sécrétions utérines ou tubaires ; mais la fièvre, au lieu de s'atténuer, peut à un moment donné revêtir l'une des deux modalités du type I : cette aggravation est alors presque toujours caractéristique d'une complication péritonéale. Quant au type III, qui s'observe rarement d'emblée, il indique en général une inflammation subaiguë ou chronique de l'utérus et de ses annexes.

(1) HENROTIN, C. R. *du Congrès de Genève*, p. 191.

(2) DUPLAY et CLADO, Contribution à l'étude de la fièvre et des phénomènes infectieux dans les maladies de l'utérus et des annexes, *Archives gén. de méd.*, juillet 1897.

La plupart des auteurs, qui ont écrit sur les suppurations pelviennes, arrivent à des conclusions sensiblement analogues. Dans les phlegmons péri-utérins, en effet, pour Pierre Delbet « il est de règle que la fièvre dépasse 39° et il n'est pas rare qu'elle atteigne 40° » (1), et pour Bouilly « la fièvre est toujours vive, la température beaucoup plus élevée que dans les abcès enkystés des trompes ou des ovaires » (2). Cependant Delbet, émettant une opinion un peu différente de celle de Duplay et Clado sur la fièvre de la pelvi-péritonite aiguë, trouve que dans cette dernière affection « la température ne s'élève pas énormément. Elle atteint rarement 39° et souvent ne dépasse pas 38°5 » (3). Mais qu'il s'agisse de l'inflammation du tissu cellulaire ou de celle du péritoine, une chute momentanée de la température annonce la formation du pus, qui obéit ici comme partout au vieil adage hippocratique : *dum pus fit, dolores ac febris accidunt, magis quam confecto* (4). Enfin dans les collections purulentes des annexes utérines, en dehors de la période du début et des poussées aiguës, la température ne s'élève guère, ainsi que l'ont indiqué Duplay et Clado, et peut même ne pas dépasser la normale. « Le pyosalpinx, dit Segond, après une période à grand fracas, peut évoluer insidieusement pendant des mois sans retentir sur l'état général, sans provoquer la moindre réaction fébrile » (5), et pour Delbet « dans la période chronique, les salpingites, même suppurées, ne donnent habituellement pas de fièvre. Le pus, comme séquestré, n'infecte pas l'organisme » (6). Si donc au cours d'une salpingo-ovarite, et c'est là le point important, la fièvre apparaît, nous pourrions en conclure qu'une complication s'est produite. Le thermomètre monte-t-il au voisinage de 39° ? La participation du péritoine à l'inflammation est probable ; les microbes, cause des premières lésions, ont récupéré leur virulence, ou de nouveaux germes sont venus ajouter leur action nocive. A ce dernier point de vue, on peut souvent

(1) PIERRE DELBET, *loc. cit.*, p. 223.

(2) G. BOUILLY, *C. R. du Congrès de Genève*, t. I, p. 31.

(3) PIERRE DELBET, *loc. cit.*, p. 138.

(4) HIPPOCRATE, *Aphorismes*, 47, sect. II.

(5) P. SEGOND in DUPLAY et RECLUS, *Traité de chirurgie*, t. VIII, p. 558.

(6) PIERRE DELBET, *loc. cit.*, p. 107.

présumer avec Reymond (1), que le *bacterium coli*, émigrant de l'intestin et cheminant à travers les adhérences péritonéales, est venu secondairement infecter les annexes malades. Banzet, dans sa thèse, cite à l'appui de cette dernière opinion un cas fort probant : « il s'agit d'une malade qui a présenté une poussée récente fébrile au niveau d'une salpingite déjà ancienne, poussée semblant avoir déterminé une distension rapide de la poche, car, lors d'un examen sous chloroforme nécessité par la sensibilité de la tumeur à la pression et la difficulté d'un examen un peu précis, on sentit brusquement la poche se rompre sous une pression très modérée de la main. La laparotomie immédiate permit de constater que la collection s'était formée aux dépens des annexes gauches, et que ses parois adhéraient largement à l'intestin. Dans le liquide hémato-purulent que nous recueillîmes, nous n'avons trouvé que du coli-bacille » (2). Ainsi l'examen attentif de la température dans les suppurations pelviennes peut nous fournir des présomptions sérieuses non seulement sur le siège anatomique des lésions, mais parfois encore, dans le cas d'inflammation annexielle, sur la nature même de l'infection. Reymond ne nous dit-il pas, en effet : « la salpingite à gonocoque donne rarement de la fièvre ; c'est là un caractère qui la différencie des salpingites à streptocoque, pneumocoque et *bacterium coli* » ?

L'élévation de la température nous fixe enfin sur la virulence du pus, car il est de toute évidence que l'existence de la fièvre suffit pour affirmer que ce pus est septique. Par contre une température normale ne nous permet pas malheureusement de toujours conclure à la stérilité de la collection purulente, dont le contenu peut d'ailleurs, au cours d'une intervention, exalter sa virulence en s'épanchant dans le péritoine : Reymond dans deux cas de salpingites à streptocoque enlevées par la laparotomie suivie du drainage, a constaté, en aspirant à l'aide d'une pipette la sérosité péritonéale, que les streptocoques contenus dans ce liquide étaient plus virulents que ceux fournis par le pus de la trompe.

(1) REYMOND, *Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique et de la bactériologie des salpingo-ovarites*. Thèse de Paris, 1895.

(2) BANZET, *Contribution à l'étude des suppurations envisagées au point de vue de leurs formes et de leurs rapports avec la fièvre*. Thèse de Paris, 1896, p. 172.

Mais si la fièvre, dans les collections purulentes du bassin, est un signe certain de la virulence des germes microbiens, il ne s'ensuit pas que tous les épanchements pelviens, accompagnés de fièvre, soient de nature purulente. La fièvre n'est pas, en effet, toujours synonyme d'infection : sans parler des fièvres nerveuse et hystérique (1) qui sont du ressort de la pathologie interne, nous connaissons l'hyperthermie des gangrènes aseptiques (2) et celle des fractures fermées (3) ; la première peut s'expliquer par l'introduction dans le courant circulatoire de produits pyrétogènes, dus à l'élimination des éléments anatomiques mortifiés (Volkmann), et la seconde par la résorption du sang épanché au niveau du foyer de fracture (Angerer, Wahl, Bruns, Riedel) (4). Cette dernière hypothèse est également applicable à l'élévation de température observée dans les épanchements sanguins du tissu cellulaire sous-péritonéal (hématome du ligament large), de la cavité d'une trompe ou d'un kyste ovarien, enfin et surtout du péritoine lui-même. Or comment distinguer la fièvre septique de cette fièvre hématiche ? « Tandis qu'à la fièvre septique appartiennent, nous dit Demisch (5), tous les signes généraux de l'infection, ainsi par exemple la sensation de malaise, la stupeur des sens qui peut aller jusqu'à la somnolence, le trouble des fonctions digestives, la prostration des forces, la fièvre aseptique se distingue par l'absence complète de tous ces signes. Volkman n'a vu des malades, avec une température de 40°, se promener, fumer, jouer, en un mot se comporter comme des gens bien portants. L'appétit et la soif étaient plutôt exagérés, pour le moins normaux, le sommeil non troublé. Si les recherches thermométriques n'avaient pas révélé la fièvre, les patients eussent été considérés comme apyrétiques. »

Il m'a été donné dernièrement de pouvoir contrôler sur une malade, atteinte de grossesse extra-utérine, ces caractères remarquables de la fièvre aseptique, décrits par Demisch dans les fractures. Il s'agissait d'une jeune femme, nouvellement mariée,

(1) BOUCHARD, Les doctrines de la fièvre. *Sem. méd.*, 1893.

(2) GANGOLFE et COURMONT, Fièvre consécutive à l'oblitération vasculaire, sans intervention microbienne. *Rev. de chir.*, 1894.

(3) GANGOLFE et JOSSEMAND, Fièvre dans les fractures simples. *Rev. de chir.*, 1891.

(4) BANZET, *loc. cit.*, p. 69.

(5) Cité par BANZET, p. 66.

qui, deux mois environ avant son entrée à l'hôpital, avait eu, après un retard de quelques jours dans son époque menstruelle, une perte abondante de sang avec expulsion de membranes. Elle présentait, à gauche de l'utérus, une tuméfaction douloureuse qui augmentait par saccades, marquées chacune par une ascension du thermomètre à 39°. Cependant l'état général était excellent, et c'est autant l'absence des signes particuliers à la fièvre septique que la marche caractéristique de l'affection qui nous a fait porter le diagnostic de rupture de grossesse tubaire, vérifié par la laparotomie. Mais le sang répandu dans la cavité péritonéale était peu abondant, grâce aux adhérences qui avaient limité l'épanchement, et je ne pense pas que, dans le cas d'inondation péritonéale ou d'hématocèle rétro-utérine considérable, la fièvre aseptique puisse conserver sa physionomie ordinaire. Je n'en veux pour preuve que le fait suivant, observé récemment encore. Une personne de 36 ans, mère de quatre enfants, ne voit pas venir ses règles et, quinze jours après, est prise d'une métrorrhagie qui se prolonge pendant six semaines. L'utérus est gros, surmonté à droite d'une tumeur du volume du poing : on pense à un fibrome. Mais la malade se plaint de digestions pénibles, de nausées, de perte des forces et de tendance à la syncope ; le ventre est ballonné, la constipation opiniâtre. A un second examen, l'analyse minutieuse des anamnétiques et des symptômes, fait abandonner le diagnostic de fibrome pour celui de grossesse tubaire droite. Un jour s'écoule, une syncope survient et le soir la température s'élève à 39°/4 ; le météorisme est très considérable et la palpation la plus légère éveille une vive douleur. La malade a eu plusieurs vomissements dans la journée et éprouve un malaise général en même temps qu'une grande faiblesse ; le pouls est fréquent, petit, abdominal. Le ventre est ouvert d'urgence et la trompe droite, source de l'hémorrhagie, tout d'abord saisie à pleine main, est rapidement pédiculisée et extirpée ; puis on trouve, immergé dans une quantité énorme de sang, un fœtus de trois mois avec son placenta. Or que sont devenus, dans cette dernière observation, les signes distinctifs entre la fièvre septique et la fièvre aseptique ?

Dans une collection pelvienne, l'existence de l'hyperthermie n'implique donc pas toujours un contenu de nature purulente.

Néanmoins, lorsque la suppuration ne peut être douteuse, la fièvre, suivant ses caractères et son degré, est capable de nous fournir de précieuses données sur le siège du pus, sa virulence et parfois même l'espèce microbienne qui en a provoqué le développement.

Le poulx. — Le facies. — L'état général. — L'état du poulx, le facies de la malade et son aspect général ne sont point quantités négligeables dans l'étude analytique des principaux symptômes des suppurations pelviennes.

Considéré dans ses rapports avec l'hyperthermie, le poulx peut parfois devenir un utile auxiliaire de cette dernière pour préciser la localisation anatomique des lésions. C'est surtout lorsqu'il s'agit de distinguer la phlegmasie du tissu cellulaire de celle du péritoine que sa valeur séméiologique s'affirme : dans la cellulite pelvienne, le poulx est fréquent, mais bien frappé et en parfait accord avec la haute température généralement observée dans cette affection ; par contre, les caractères de fréquence, de faiblesse et d'irrégularité qu'il présente dans la pelvi-péritonite jurent, ainsi que le fait remarquer Delbet (1), avec l'hyperthermie relativement peu élevée qui accompagne l'inflammation du péritoine pelvien. Pour Siredey (2), il est vrai, le thermomètre monte à 39 et 40° dans la pelvi-péritonite, et nous avons déjà vu Duplay et Clado émettre une opinion analogue. Mais que nous importe ? Le poulx de la pelvi-péritonite n'en est pas moins *abdominal* et profondément différent de celui du phlegmon péri-utérin.

Le facies de la malade est également différent dans la pelvi-péritonite et dans la suppuration du tissu cellulaire. Dans la première, la note dominante est donnée par l'altération des traits : la figure est grippée, les yeux sont excavés et cerclés de noir. Dans la cellulite, au contraire, c'est le teint plombé, livide, qui frappe plutôt notre attention.

Il en est de même des vomissements qui, rares et sans caractères dans le phlegmon, sont fréquents, tenaces et parfois porracés dans la pelvi-péritonite.

Enfin, dans les suppurations chroniques, et quel que soit cette

(1) PIERRE DELBET, *loc. cit.*, p. 138.

(2) SIREDEY, *loc. cit.*, p. 190.

fois le siège du pus, l'amaigrissement et l'affaiblissement général de la malade, son teint pâle et terreux, les frissons fréquents, les accès de fièvre quotidiens, les sueurs profuses, l'anorexie et la diarrhée traduisent l'infection profonde de l'organisme et précèdent de peu le marasme dans lequel succombera la patiente si une intervention radicale ne vient accomplir un prodige.

II. — Valeur des signes fonctionnels.

L'analyse des signes fonctionnels, observés dans les suppurations pelviennes, vient confirmer, modifier ou compléter les notions, jusqu'ici indécises, que nous a fournies l'étude des symptômes généraux sur le siège des foyers purulents ; mais elle est de plus susceptible de nous donner des renseignements utiles sur l'état de l'utérus, dont il faut tenir grand compte dans le choix de l'intervention. C'est ainsi que les troubles de la menstruation, qui n'ont qu'un intérêt médiocre au point de vue des lésions suppurées, prendront une réelle importance lorsque se posera la question d'une opération partielle ou d'une castration totale ; il en sera de même de la leucorrhée abondante, des douleurs à point de départ utérin, de l'état du col, du volume du corps de la matrice, etc...

Troubles de la menstruation. — Leucorrhée. — Pyométrorrhée. — Les écoulements utérins peuvent parfois cependant avoir une certaine signification au point de vue même des lésions péri-utérines. La coïncidence, par exemple, d'une tumeur salpingienne et de métrorrhagies est plutôt en faveur d'une grossesse tubaire que d'un pyo-salpinx, et on conçoit que, dans le doute, cette notion puisse peser sur le choix de l'intervention. De même la pyométrorrhée, dépourvue en général d'intérêt, peut acquérir une valeur considérable lorsqu'elle est nettement sous la dépendance d'une collection purulente péri-utérine, comme dans notre observation 26 ; mais dans ces cas exceptionnels elle ne nous fixe cependant pas d'une façon certaine sur l'origine du pus qui, s'il provient ordinairement de la trompe, peut cependant être fourni par un phlegmon ou une pelvi-péritonite secondairement ouverts dans la cavité utérine. Le pus, au lieu de s'écouler par l'orifice externe du col, peut d'ailleurs provenir d'une fistule sié

geant dans l'un des culs-de-sac vaginaux. Il peut aussi apparaître dans les urines ou les matières fécales, indiquant ainsi l'ouverture spontanée de la collection purulente dans la vessie ou l'intestin.

Douleurs. — Les douleurs se rencontrent dans toutes les variétés de suppuration pelvienne ; mais elles présentent parfois dans chacune d'entre elles des caractères particuliers qui peuvent nous éclairer sur le siège exact de l'inflammation.

Constante dans la pelvi-péritonite, la douleur y est spontanée et se fait sentir même dans l'immobilité la plus absolue (1) ; aussi s'exagère-t-elle sous l'influence de la toux, des grandes inspirations, du moindre mouvement ou de la pression la plus légère.

Dans le phlegmon péri-utérin, la douleur, qui peut exceptionnellement faire défaut, est en général très vive : sourde et caractérisée au début par une simple sensation de chaleur ou de pesanteur, elle ne tarde pas à devenir aiguë, lancinante, pongitive ; on l'a comparée, non sans raison, à celle du panaris. Mais elle n'est pas influencée par les mouvements de la respiration et ne s'exagère guère que par une palpation profonde ou par le toucher vaginal. Elle présente souvent des irradiations vers le membre inférieur, qui suivent le trajet des troncs nerveux et se propagent plus particulièrement, pour Kœnig (2), le long du nerf musculo-cutané externe. La flexion de la cuisse, fréquente, est, lorsqu'elle s'observe, pathognomonique de la cellulite pelvienne, d'après Hewitt (3).

Dans les salpingites, on peut rencontrer les mêmes irradiations douloureuses ; mais elles n'ont jamais une intensité égale à celle que l'on observe dans le phlegmon pelvien et dépendent plutôt du volume de la tumeur que de l'inflammation elle-même : leur présence ne nous fournit donc aucun renseignement sur la nature séreuse, purulente ou hématique du contenu de la trompe. Les « coliques salpingiennes », signalées par Kaltenbach et que Monprofit attribue à la contraction de la tunique musculaire de l'organe, n'ont également qu'une importance médiocre : elles ne

(1) SIREDEY, *loc. cit.*, p. 189.

(2) PIERRE DELBET, *loc. cit.*, p. 223.

(3) PIERRE DELBET, *ibid.*, p. 223.

peuvent guère s'observer qu'au début des salpingites, alors que les parois tubaires n'ont pas encore été fortement distendues et que l'affection, comme nous essaierons de l'établir plus tard, est justiciable du traitement médical. Mais au cours de l'inflammation chronique des annexes, la douleur, provoquée par la palpation profonde et par le toucher, a beaucoup plus de valeur : elle nous fixe sur le siège du mal et, jusqu'à un certain point, sur sa nature.

Lorsqu'une tumeur annexielle est douloureuse, il est bien probable, en effet, qu'il s'agit d'un processus inflammatoire ; cette conclusion n'est cependant pas toujours justifiée. Dans la première observation de grossesse tubaire, que nous citons plus haut à propos de la fièvre aseptique, les renseignements fournis par l'examen physique permettaient de localiser la tuméfaction dans la trompe, et la douleur spontanée ou provoquée, qui était des plus vives, rendait le diagnostic de pyo-salpinx très vraisemblable ; nous aurions cependant commis une erreur si nous nous y étions arrêté. Il y a quelque temps, nous examinions une malade qui présentait à gauche de l'utérus, sur lequel elle était manifestement pédiculée, une tumeur de la grosseur d'une pomme et très douloureuse : nous pensâmes à une salpingo-ovarite ; ce n'était pourtant qu'un petit kyste de l'ovaire dont le développement rapide occasionnait les phénomènes douloureux. Il est vrai que l'augmentation progressive de la tumeur, malgré un repos prolongé, sa grande mobilité et la minceur de ses parois, qui nous avait cependant frappé, auraient dû éveiller davantage notre attention et nous faire faire, en tout cas, quelque réserve. Tout dernièrement encore, un kyste douloureux du ligament large était pris pour un pyo-salpinx. Par ces exemples, qu'il serait facile de multiplier, on voit que tumeur douloureuse des annexes ne signifie pas toujours suppuration ou même simple inflammation de ces organes ; néanmoins, cette remarque faite, il est évident que les phénomènes douloureux, au cours d'une affection des trompes, sont une grande présomption en faveur de la nature inflammatoire des lésions et qu'ils deviennent une quasi-certitude lorsqu'ils s'accompagnent des symptômes généraux ou des signes locaux propres à l'inflammation.

Ces derniers ont une importance capitale pour le diagnostic du

siège anatomique de la suppuration. Ils nous sont fournis par l'inspection, la palpation et la percussion de l'abdomen, les touchers vaginal et rectal, le palper combiné, la ponction et enfin l'examen bactériologique des sécrétions utérines, tous moyens d'exploration dont l'ensemble constitue l'examen local.

III. — Valeur de l'examen local.

Inspection. — De ces différents modes d'investigation, l'inspection de l'abdomen est le moins instructif : il ne doit point cependant être négligé, car il peut, en certaines circonstances, nous fixer immédiatement sur la localisation du mal. Qu'une malade, atteinte de fièvre et de vives douleurs pelviennes, se présente avec un abdomen distendu, ballonné, et nous pourrions en conclure que le péritoine est profondément touché. Par contre, malgré les mêmes phénomènes fébriles et douloureux, le ventre a-t-il son volume normal ou même est-il un peu plus plat que de coutume par contracture des muscles abdominaux ? L'inflammation siège dans le tissu cellulaire pelvien ou plus fréquemment dans les annexes utérines, qui ont retenu l'infection ou ne lui ont permis de porter qu'une atteinte légère à leur enveloppe séreuse. Dans ces derniers cas, il n'est pas rare d'observer dans l'une ou l'autre fosse iliaque, parfois dans les deux, une tuméfaction qui forme saillie au-dessus du plan général de la paroi abdominale. Cette tuméfaction est-elle œdémateuse et semble-t-elle faire corps avec la paroi ? Il s'agit d'un phlegmon péri-utérin qui a fusé dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et remonté derrière l'arcade de Fallope, plus ou moins près de l'ombilic. La paroi paraît-elle au contraire avoir conservé une indépendance relative avec la tumeur ? C'est une collection annexielle sous-jacente qui détermine cette saillie. Exceptionnellement, cette distinction peut n'être plus vraie lorsque, par exemple, un pyo-salpinx ou un abcès péritonéal péri-salpingien ont contracté des adhérences avec la paroi et que la suppuration, ayant gagné cette dernière, menace de se faire jour par cette voie ; mais ce sont là de ces cas que l'on ne rencontre guère aujourd'hui, où l'on n'attend plus l'ouverture spontanée des collections purulentes.

Palpation. — C'est surtout la palpation qui nous permettra

de distinguer les caractères particuliers de ces tuméfactions. La main qui les perçoit éprouve, suivant l'expression consacrée, une sensation de « *plastron* » ; mais elle saura reconnaître le *vrai plastron*, dans lequel la paroi participe à l'inflammation, du *faux plastron*, qui peut être dû : soit à une tuméfaction sous-jacente et indépendante, soit même, et plus souvent qu'on ne le croit en général, à la simple contracture du muscle droit, lequel ne recouvre que des lésions très limitées. C'est encore la main qui, déprimant progressivement, de toute la face palmaire de ses doigts et non de leur extrémité, la paroi abdominale, sentira superficiellement les anses intestinales et les franges épiploïques enflammées venir adhérer au-dessus de la symphyse pubienne, ou percevra profondément les tumeurs annexielles, avec leur consistance dure, rénitente ou fluctuante.

Percussion. — La percussion décélèra le météorisme abdominal, qui accompagne la pelvi-péritonite aiguë, et la matité des tuméfactions pelviennes, quelle que soit d'ailleurs leur localisation anatomique. Dans quelques cas tout à fait exceptionnels, elle pourra cependant révéler de la sonorité au niveau de ces dernières : il s'agira alors d'un de ces rares abcès gazeux, dont Braun considérait, grandement à tort d'ailleurs, le pronostic comme absolument fatal (1).

Toucher et palper bimanuel. — Mais c'est avant tout le toucher, combiné à la palpation abdominale, qui nous fournira les notions les plus complètes et les plus sûres sur le siège et l'étendue des suppurations péri-utérines. Le coude reposant toujours sur le plan du lit, l'index ou beaucoup mieux l'index et le médius seront introduits dans le vagin et se rendront compte tout d'abord de l'état du col utérin, de son siège, de sa mobilité et de sa direction ; ils exploreront ensuite méthodiquement les culs-de-sac vaginaux et, combinant finalement leur action à celle de la main abdominale, nous fixeront dans la mesure du possible sur l'état du corps utérin, de ses annexes, du péritoine et du tissu cellulaire ambiant.

Les sensations perçues seront, est-il besoin de le dire, d'une diversité extrême ; de leur ensemble cependant se dégageront un

(1) PIERRE DELBET, *loc. cit.*, p. 399.

certain nombre de types cliniques, dont les faits particuliers ne seront que des variantes.

Dans un premier cas, on pourra se trouver en présence d'une tuméfaction latérale *qui efface complètement le cul-de-sac correspondant*, épaisit manifestement la muqueuse vaginale, se porte en arrière et en dehors en se fusionnant avec la paroi pelvienne, fait corps en dedans avec l'utérus et gagne, en montant au devant de cet organe, la région sus-pubienne : c'est un phlegmon de la gaine hypogastrique. Il se peut qu'il soit compliqué d'autres lésions, que la trompe et bien plus souvent l'ovaire correspondants participent également à l'inflammation ; il n'en est pas moins vrai que le tissu cellulaire pelvien est le siège d'un abcès, que c'est ce dernier qui domine toute la scène et que c'est lui qui doit attirer tout d'abord notre attention et solliciter notre premier coup de bistouri.

Deuxième fait : avec un ensemble de phénomènes généraux graves, fièvre élevée, pouls rapide et mal frappé, vomissements fréquents et ballonnement du ventre, nous percevons une tuméfaction d'abord pâteuse, puis bientôt fluctuante, qui bombe fortement dans le cul-de-sac postérieur et couche l'utérus sur la symphyse. Ici nous ne pouvons être aussi affirmatif que dans le cas précédent : il est très probable que nous sommes en présence d'une pelvi-péritonite essentielle, du moins cliniquement, mais il n'est pas invraisemblable non plus qu'il s'agisse d'un gros pyosalpinx compliqué de péri-salpingite. Cependant, au point de vue pratique, la distinction n'a qu'une importance secondaire : abcès péritonéal simple ou collection purulente tubaire, accompagnée de péritonite, réclament, sauf des dispositions anatomiques inattendues sur lesquelles nous nous expliquerons en temps et lieu, le même mode d'intervention.

Dans un troisième type clinique, sur l'un des côtés de l'utérus et séparée de lui par un sillon manifeste, existe une tumeur que le doigt suit en dehors et en arrière, qui conserve dans toute son étendue une situation relativement élevée, ou qui plonge par son extrémité la plus éloignée dans le cul-de-sac de Douglas. Sa forme, son volume et sa consistance sont variables : régulière ou bosselée, arrondie ou piriforme, elle a la grosseur du poing, d'un œuf, d'une orange, d'une tête de fœtus, une consistance dure et

homogène, ou rénitente et parfois franchement fluctuante ; mais dans ce dernier cas les parois sont toujours relativement épaisses, comme il convient à toute tumeur inflammatoire. Adhérente ou au contraire assez facilement mobilisable, elle devient douloureuse, si elle ne l'était déjà spontanément, sous la main qui la manœuvre. C'est une salpingo-ovarite, qui est aiguë, catarrhale ou purulente si la malade souffre pour la première fois, chronique et parenchymateuse, ou kystique et à contenu purulent, séreux ou hématique, si les douleurs sont déjà un peu anciennes. La salpingite aiguë purulente, non kystique, n'a qu'un intérêt relativement secondaire au point de vue chirurgical : on ne peut la distinguer cliniquement de la salpingite catarrhale avec laquelle elle confond son traitement qui doit être, comme nous l'établirons plus tard, purement médical. Mais la salpingite purulente kystique, ou pyo-salpinx, demande à être différenciée des autres variétés de salpingites chroniques. C'est là un diagnostic qui n'est pas toujours facile : d'une part la fluctuation peut ne pas être suffisamment nette pour distinguer une tumeur kystique des annexes d'une salpingite parenchymateuse ; d'autre part la confusion est parfois difficile à éviter entre le pyo, l'hydro, et l'hémato-salpinx. Nous savons que ce dernier n'est généralement que le résultat d'une grossesse tubaire et nous avons déjà eu l'occasion de faire ressortir les difficultés de son diagnostic différentiel avec le pyo-salpinx. Quant à l'hydro-salpinx s'il peut à la rigueur en imposer pour une salpingite purulente chronique froide, l'erreur n'est plus possible dès que cette dernière est en période inflammatoire aiguë ; de plus il est pour le clinicien certaines nuances délicates dans les signes physiques qui peuvent influencer heureusement son diagnostic : dans l'hydro-salpinx, l'épaisseur du tissu qui sépare le doigt de la collection liquide est relativement minime ; on sent que la poche tubaire ne possède qu'une paroi mince, comparée à celle du pyo-salpinx.

Quoi qu'il en soit, l'examen local nous permet assez facilement de reconnaître les trois grandes variétés anatomiques de suppuration pelvienne. Leur combinaison fréquente donne lieu à des types complexes et d'une interprétation plus difficile ; mais les données fondamentales, acquises par l'étude des cas simples, nous permettent toujours de porter un diagnostic approximatif,

sinon rigoureusement exact. C'est ainsi qu'après la cellulite pelvienne limitée, la pelvi-péritonite cliniquement simple et la salpingo-ovarite purulente chronique, nous pourrions encore distinguer : une cellulite pelvienne diffuse, une pelvi-péritonite secondaire aux lésions annexielles, qui prendront le pas cette fois dans le tableau clinique sur l'inflammation du péritoine, des salpingo-ovarites purulentes bilatérales, enfin des suppurations complexes, dans lesquelles les trois systèmes anatomiques peuvent prendre simultanément part, et qui peuvent se compliquer de fistules s'ouvrant dans un des organes creux du voisinage.

Ponction. — Est-il possible de pousser plus loin le diagnostic et de reconnaître l'espèce microbienne qui a déterminé la suppuration ? Sænger (1) voudrait que le choix de l'intervention fût « basé sur le diagnostic bactériologique, clinique et anatomique », et préconise la ponction des collections purulentes pour élucider le premier point. La ponction a perdu de nos jours beaucoup de son ancienne vogue, car on s'est aperçu qu'elle n'était pas toujours exempte de danger. On peut cependant l'utiliser lorsqu'il s'agit d'une collection déprimant franchement le cul-de-sac postérieur et dans laquelle il est facile de pénétrer à une profondeur modérée sans jamais courir aucun risque. Mais à quoi bon connaître la nature du microbe en cause ? Cela doit-il changer notre règle de conduite ? Evidemment non, et ce qu'il est autrement important de savoir, c'est le degré de virulence du pus. La ponction pourrait, à ce dernier point de vue, nous fournir les renseignements les plus exacts. Mais dans la pratique l'étude des symptômes généraux et de la fièvre en particulier a paru jusqu'ici suffisamment instructive à cet égard.

Examen bactériologique des sécrétions utérines. — Il est pourtant une variété de suppuration pelvienne, dont il importerait beaucoup de connaître toujours la nature microbienne : je veux parler de la tuberculose utéro-annexielle. En clinique, nous ne pouvons guère que la soupçonner. En dehors de la ponction, l'examen des sécrétions utérines pourrait peut-être nous donner de temps à autre une certitude, car le bacille de Koch y a été parfois retrouvé. Malheureusement, bien que la

(1) SÆNGER, *C. R. du Congrès de Genève*, p. 116.

tuberculose des trompes soit le plus souvent, quoi qu'on en ait dit, le résultat d'une infection ascendante, l'utérus est plus rarement atteint que ses annexes et les sécrétions peuvent ne pas contenir de bacille alors que les trompes sont depuis longtemps le siège d'une tuberculose locale.

De cette étude un peu longue peut-être, et pourtant bien écourtée, sur la valeur diagnostique des principaux symptômes des suppurations pelviennes, il résulte que, malgré certaines difficultés d'interprétation, le chirurgien peut le plus souvent acquérir des notions suffisantes sur les deux points essentiels à connaître : la virulence du pus, son siège anatomique. Je supposerai donc maintenant « qu'après avoir examiné sa malade, il est en possession de la somme de diagnostic à laquelle il pouvait prétendre (1) ».

(1) G. RICHELOT, *C. R. du Congrès de Genève*, p. 164.

CHAPITRE II

Indications opératoires.

« Ubi pus, ibi evacua. »

Le temps n'est plus où, n'ayant pour toute arme contre les suppurations pelviennes que la ponction ou l'incision vaginales, les chirurgiens se divisaient en abstentionnistes résignés et interventionnistes ou timides ou hardis, mais toujours ou presque toujours malheureux. L'ère antiseptique est apparue, faisant la lumière complète sur cette grande question de la suppuration, « la plus grande de la chirurgie, celle en présence de laquelle le chirurgien se trouve incessamment ramené (1) ». Les facteurs de la suppuration sont connus et nous savons que la formation du pus est déjà une demi-victoire remportée par l'organisme sur les germes pyogènes, qui ne cherchent qu'une issue pour fuir le champ de bataille ; à nous de favoriser cette fuite, mais aussi de faire bonne garde à la porte ouverte, pour ne point laisser pénétrer de nouveaux assaillants. Aujourd'hui, en fait de suppuration, les abcès par congestion mis à part, un seul principe chirurgical existe : évacuer le pus. Aussi, soumettant à la loi commune les inflammations péri-utérines, devons-nous dire avec Bouilly (2) : « quelle que soit la disposition anatomique, simple ou compliquée, la présence du pus impose la nécessité de l'intervention, soit d'urgence, soit à froid avec le choix du moment de l'intervention ».

Fort de l'autorité d'un tel maître, qui d'ailleurs, en s'exprimant en ces termes au Congrès de Genève, ne faisait que traduire le sentiment général, nous nous dispenserons de discuter la valeur de certaines méthodes, comme le curettage, la dilatation de l'uté-

(1) CHASSAIGNAC, *Traité de la suppuration*.

(2) BOUILLY, C. R. du Congrès de Genève, p. 35.

rus, le cathétérisme de la trompe, dont les résultats, toujours illusoires et souvent même néfastes dans le traitement des supurations pelviennes, se passent de tout commentaire. M. Doléris (1) qui, dans un but qu'on ne saurait trop louer, s'était fait en France le vulgarisateur et le défenseur de ces procédés conservateurs, n'a pas tardé lui-même à en constater les inconvénients et les dangers. Certes, nous sommes avec lui, comme la suite le prouvera, pour reconnaître « la nécessité d'une gynécologie conservatrice et parcimonieuse de grands sacrifices » et pour accepter « le principe de la graduation des opérations » : mais le premier essai opératoire doit commencer à l'incision évacuatrice.

Le principe de l'intervention solidement établi, nous devons, avant de discuter le choix de cette intervention, rechercher quel est le moment le plus favorable pour la mettre en pratique.

I. — Cellulite pelvienne.

Dans le traitement de la cellulite pelvienne, confondue, comme nous l'avons vu, par Bernutz et Goupil avec leur pelvi-péritonite essentielle, ces auteurs épuisaient la série des ressources aussi nombreuses que vaines du traitement médical, avant de se résoudre à l'évacuation du pus ; Gaillard-Thomas et de Sinety n'intervenaient qu'en présence d'un état général précaire et Gallard attendait avec résignation l'apparition de la fluctuation. Scanzoni, M. Duncan, Bandl, Heitzmann, Schröder et Braun (2), dont nous connaissons le pronostic erroné sur les abcès sonores du bassin, bien que franchement interventionnistes, n'étaient point cependant pour l'incision hâtive. Bernutz (3), abandonnant sa pratique ancienne, est un des premiers qui ait estimé qu'il y avait le plus grand intérêt à ouvrir de bonne heure les abcès pelviens. Delbet (4), chaud partisan de l'intervention précoce, pense également qu'il faut

(1) DOLÉRIS, Evacuation artificielle des collections enkystées de la trompe par la dilatation permanente et le drainage utérin. *C. R. de la Soc. de biol.*, 21 décembre 1888. — Salpingite et castration. *Bull. de la Soc. obst. et gyn. de Paris*, 1889. — Des dangers et des difficultés d'application du traitement conservateur par la thérapeutique intra-utérine dans les lésions annexielles. *Arch. de tocologie*, oct. 1895.

(2) Cités par PIERRE DELBET, *Tr. des suppurations pelviennes*, p. 395.

(3) BERNUTZ, *Confér. cliniq.* Paris, 1888, p. 542.

(4) PIERRE DELBET, *loc. cit.*, p. 398.

« ouvrir une voie au pus, dès qu'on a la certitude qu'il existe » ; mais Segond, comptant la résolution parmi les terminaisons possibles du mal, émet l'avis « qu'il faut d'abord recourir à un traitement antiphlogistique » (1).

Il me paraît qu'à l'heure actuelle, l'incision immédiate de toute inflammation du tissu cellulaire pelvien devrait être admise sans restriction aucune. Eh quoi ! n'aurions-nous tant proscrit la moindre temporisation, dans ce petit phlegmon qu'on nomme panaris, que pour faire preuve d'hésitation dans le phlegmon autrement important et grave qu'est la cellulite pelvienne ? Je sais bien que, dans cette dernière, on n'a point à redouter la nécrose d'une phalange ou la perte d'un tendon ; mais la propagation de l'inflammation en est-elle moins possible, la pyohémie ou la septicémie moins réalisables ? Qu'il me soit permis, à ce propos, de rappeler une observation caractéristique, rapportée par Monod et Macaigne (2) et dont je puis parler en connaissance de cause, puisque c'est moi qui, alors interne provisoire dans un service de médecine à l'hôpital St-Antoine, fit passer la malade dont il s'agit, dans le service chirurgical de M. Monod. Accouchée au forceps dans le courant de juin 1895, atteinte d'un abcès au sein dans les derniers jours de juillet, cette femme entra à l'hôpital vers la fin du mois d'août pour des douleurs pelviennes dont la première apparition remontait à l'époque de ses couches. Le toucher vaginal faisait constater l'existence dans le cul-de-sac droit d'une induration ligneuse qui, remontant derrière la ceinture pelvienne, était également perceptible au-dessus de l'arcade de Fallope. Les souffrances étaient supportables et l'aspect de la malade, douée d'une bonne santé habituelle, était des plus rassurants. Cependant un examen moins superficiel décelait déjà les manifestations encore peu apparentes de la septicémie subaiguë : teint légèrement plombé, petits frissonnements fréquents, oscillation vespérale de la température entre 38° et 39°, inappétence, asthénie, courbature générale. L'intervention fut dès ce moment proposée ; mais la malade, se sentant peu souffrante, se récria et ce fut seulement

(1) P. SEGOND, in DUPLAY et RECLUS, *Tr. de chir.*, t. VIII, p. 591.

(2) MONOD et MACAIGNE, Contribution à l'étude des infections par streptocoques. *Rev. de chir.*, t. XIV, fév. 1894. Obs. V ; Phlegmon du ligament large. Septicémie streptococcique. Mort.

un mois après qu'elle consentit à passer dans le service de M. Monod. L'état général ne s'était pas aggravé et les signes physiques étaient les mêmes, la fluctuation n'ayant point remplacé la dureté remarquable du début : on temporisa. Cependant, sous les allures bénignes, la septicémie faisait sourdement des progrès : l'état général périlait, l'hecticité s'établissait lentement, et lorsque, le 9 novembre, on se décidait à intervenir, il était trop tard : l'incision du cul-de-sac vaginal droit donna issue à 200 grammes de pus ; mais le lendemain, l'opérée succombait. A l'autopsie, le péritoine fut trouvé sain, les annexes droites étaient indemnes, seul le ligament large avait été le siège de l'inflammation ; le foie et le reinensemencés, donnèrent de nombreuses cultures de streptocoque pur : la septicémie streptococcique, secondaire à cette supuration si bien localisée, avait donc amené la terminaison fatale. Ainsi une septicémie mortelle peut être déterminée par une lésion en apparence bénigne ; dans l'observation qui précède, les accidents avaient suivi une marche chronique, mais ils peuvent dans d'autres circonstances affecter une allure suraiguë, et il suffit de connaître la possibilité de cette dernière, pour admettre sans réserve le principe d'une incision immédiate.

II. — Pelvi-péritonite.

Ce qui nous semble vrai pour la cellulite pelvienne, ne l'est-il point pour la pelvi-péritonite ? Et sous ce nom de pelvi-péritonite nous entendons l'inflammation pelvienne où les lésions péritonéales, qu'elles soient réellement primitives ou au contraire secondaires, dominant, dans tous les cas, toute la scène. « La pelvi-péritonite, quelle que soit sa nature, nous dit Segond (1), réclame à la période aiguë un traitement antiphlogistique et sédatif semblable à celui du ligament large. » Pour Bouilly (2), il n'est pas toujours nécessaire « d'ouvrir d'emblée les tuméfactions devenues accessibles dans le cul-de-sac postérieur. Il peut s'agir d'une masse, formée par des adhérences intestinales et des exsudats péritonéaux récents, dans laquelle une ouverture ne saurait rien évacuer et pourrait ne pas être sans danger. L'er-

(1) P. SEGOND, *loc. cit.*, p. 598.

(2) G. BOUILLY, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1890, p. 491.

reur d'appréciation est facile à commettre et souvent ne peut être évitée que par l'examen répété des lésions et surtout de leur évolution. D'autres fois, il s'agit d'une collection séreuse enkystée dans des néomembranes et pouvant, dans les jours suivants, subir une telle diminution qu'il n'y ait plus lieu d'intervenir ».

Tout en rendant hommage au grand sens clinique et à l'expérience consommée de ces deux maîtres en la matière, j'avoue ne pouvoir souscrire à leur opinion. Sans doute l'erreur de diagnostic est facile et la résolution de l'inflammation possible, comme le fait fort justement remarquer M. Bouilly ; mais où est le danger d'une incision vaginale précoce ? Avec une opération aussi simple et aussi bien réglée que l'est aujourd'hui la colpotomie, devons-nous craindre, même dans les cas exceptionnels auxquels fait allusion M. Bouilly, la perforation d'une anse intestinale ? Je ne le crois pas. Le danger est-il donc dans la possibilité d'une infection secondaire ? Pas davantage, car qu'advviendrait-il alors de toutes les interventions vaginales où le péritoine est ouvert ? Mais si nous ne courons alors que le risque de voir notre incision, qui devait être curative, se transformer en une simple incision exploratrice, où sera le grand mal de la pratiquer de parti pris dès le début des accidents ? Qui sait d'ailleurs, même en n'évacuant que de la sérosité et n'ouvrant que le foyer, où le pus ne doit se collecter que plus tard, si nous ne ferons pas œuvre utile ? Attend-on que la présence du pus soit certaine pour ouvrir un phlegmon, et l'incision précoce n'est-elle pas le meilleur moyen d'arrêter la marche envahissante de l'inflammation ? Je donne ces arguments pour ce qu'ils valent ; mais ma conviction profonde est qu'en matière de pelvi-péritonite aiguë, aussi bien que de cellulite pelvienne, nous avons tout à perdre et rien à gagner à la temporisation. Aussi, en ce qui concerne du moins ces deux variétés d'inflammation péri-utérine, accepterai-je sans aucune modification la formule émise par Henrotin (1) au Congrès de Genève : « aussitôt que le chirurgien ou le médecin constate la présence d'une affection septique localisée, l'incision du vagin doit être immédiate, autrement dit, on incisera dès que le diagnostic sera posé. La femme peut n'avoir été malade que 4 ou

(1) HENROTIN (de Chicago), *C. R. du Congrès de Genève*, p. 193.

5 jours et cependant le danger est présent. Vous ne savez jamais où s'arrêtera l'infection et, pendant que vous appliquez vos cataplasmes, administrez vos bains de siège, vos injections rectales et vaginales, les dégâts augmenteront ».

III. — Suppurations annexielles.

L'intervention chirurgicale, qui ne doit jamais être différée en présence d'une cellulite pelvienne ou d'une pelvi-péritonite, est-elle aussi urgente dans les lésions suppurées des annexes ? Lawson Tait (1), en 1886, prétend que, « dans les salpingites aiguës, il faut opérer immédiatement, beaucoup de malades mourant à la première attaque », et Schröder (2) écrit, la même année : « toutes les fois qu'on diagnostique une maladie des trompes, il faut faire la laparotomie ». Mais une pareille intransigeance ne pouvait que provoquer une réaction légitime : en 1888, Rufus B. Hall (3) pense que « l'opération ne doit être entreprise qu'après douze ou dix-huit mois de traitement soigneux », et Routier (4) fixe comme moyenne de la temporisation une durée de trois ans et demi. La tendance conservatrice n'a fait que s'affirmer depuis cette époque ; mais, grâce à la connaissance plus intime de la nature et de l'évolution des lésions annexielles, il est possible aujourd'hui de poser avec plus de précision les indications de leur traitement chirurgical.

Il n'y a pas, en effet, qu'une règle unique à laquelle doive se conformer le chirurgien en présence d'une salpingo-ovarite ; et, sans parler des salpingites catarrhales et parenchymateuses, des hydro-salpinx, des hémato-salpinx et de la dégénérescence sclérokystique des ovaires, qui n'entrent point dans le cadre que nous nous sommes tracé, les lésions des annexes exigent une conduite différente suivant qu'il s'agit de salpingite purulente ou de pyosalpinx.

Salpingite purulente aiguë. — La salpingite purulente est pour ainsi dire constante au début de toute inflammation aiguë

(1) L. TAIT, *Edinb. med. Journ.*, mars 1886.

(2) SCHRÖDER, *Arch. f. Gyn.*, 1886, p. 328, t. 29.

(3) RUFUS B. HALL, *Am. Journ. of obst.* 1888, p. 1213.

(4) ROUTIER, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 14 octobre 1888.

des annexes, car la phase purement catarrhale se juge le plus souvent sinon toujours par une sécrétion muco-purulente de la muqueuse tubaire. Le doute n'est point possible à ce sujet, en ce qui concerne la salpingite puerpérale, et, malgré Thibault (1) qui pense que le gonocoque n'est pas susceptible à lui seul de provoquer la purulence de la trompe, la salpingite blennorrhagique paraît affecter à sa première période une évolution analogue. La même réflexion est applicable aux variétés plus rares de salpingite aiguë : salpingite à pneumocoque, salpingites critiques des grandes pyrexies. Si donc nous voulions, dans la salpingite purulente aiguë, nous conformer strictement au principe de l'évacuation du pus, il s'ensuivrait que nous retomberions dans les excès de L. Tait et de Schröder et que nous extirperions systématiquement toute trompe enflammée. Or jamais semblable conclusion n'est entrée dans notre pensée, pour deux raisons : la première, c'est que la salpingite purulente aiguë, non compliquée, menace rarement l'existence ; la seconde, c'est que la trompe peut guérir et retrouver sa perméabilité et sa fonction. Comme le fait remarquer justement Delbet, les salpingite ne peuvent tuer que par septicémie ou par péritonite, cette dernière reconnaissant pour cause la propagation de l'inflammation au péritoine ou la rupture de la trompe dans la séreuse. Mais la rupture tubaire n'est possible que dans le cas de salpingite kystique, et, à la première menace de péritonite par propagation, une incision vaginale peut arrêter la marche de l'inflammation. Reste la septicémie, plus difficile à combattre, il est vrai, mais aussi beaucoup plus rare, exceptionnelle. Le léger amaigrissement et la pâleur des téguments, que l'on observe presque constamment chez les malades qui relèvent d'une crise aiguë de salpingite, indiquent bien que la résorption des exsudats inflammatoires ne s'est point faite sans un certain retentissement sur l'état général ; mais ce ne sont là que phénomènes passagers et sans gravité, qui ne peuvent soutenir le parallèle avec les avantages d'un traitement conservateur. La possibilité de la guérison complète est surabondamment prouvée, en effet, et par l'observation quotidienne et par les grossesses qui ont été signalées à la suite des lésions in-

(1) THIBAUT, *De la salpingite blennorrhagique*. Thèse de Paris, 1890.

flammatoires des annexes (1). Placé dans l'alternative ou de laisser évoluer une inflammation locale qui, bien que susceptible de provoquer des accidents assez graves, a cependant une tendance naturelle vers la guérison, ou de supprimer un organe essentiel à la reproduction de l'espèce, le chirurgien ne peut hésiter : sa règle de conduite doit être d'attendre les événements et d'user cette fois des moyens antiphlogistiques avant d'avoir recours à son bistouri. Nous voilà donc obligé d'admettre une exception à la règle que nous avons inscrite en tête de ce chapitre ; mais ce sera la seule. Ah ! si nous pouvions par une simple incision évacuer le pus, comme dans la cellulite pelvienne ou la pelvipéritonite, nous la préconiserions avec enthousiasme. Malheureusement il n'y faut point songer : la trompe, d'une part, n'est pas toujours accessible par le vagin, et, d'autre part, par l'incision d'une salpingite purulente non kystique, on ne peut espérer donner issue à la totalité du pus contenu dans la cavité tubaire, « qui a parfois une disposition moniliforme, par suite des rétrécissements qui existent au niveau des coudures » (2). Force nous est donc, dans ces circonstances, de laisser à la nature le soin de triompher seule ; mais ce n'est pas ici notre formule qui est en défaut, c'est notre technique opératoire qui est insuffisante.

Pyo-salpinx. — Pour peu qu'elle dure, la salpingite purulente aiguë s'enkyste et devient pyo-salpinx. Pour celui-ci, point de restriction : quelle que soit sa nature, l'opération s'impose. Je discuterai plus loin le choix de cette intervention ; je ne désire, pour l'instant, qu'essayer de préciser l'heure la plus favorable à sa mise en pratique. En dehors du cas assez rare où nous assistons à la transformation progressive d'une salpingite purulente en pyo-salpinx, c'est presque toujours au cours d'un épisode aigu que ce dernier se présente tout d'abord à notre observation. Quelle sera donc notre conduite en cette circonstance ? Si l'évolution des salpingites était de tout point comparable à celle des appendicites (3), nous trouverions la réponse à cette question

(1) GOULLIoud, *Congrès français de chirurgie*, 1894 ; LE DENTU et PICHEVIN, *C. R. du Congrès de Genève*, p. 305 ; REYNIER, *ibid.*, p. 277 ; DOLÉRIS, *ibid.* p. 289.

(2) Pozzi, *Traité de gynécologie*, p. 620.

(3) Nous disons *appendicites*, au pluriel, avec intention. Il ne nous paraît pas plus logique, en effet, de dire l'appendicite que la salpingite : au point

dans les conclusions qui ont clôturé la récente discussion de la Société de chirurgie sur le traitement de ces dernières : avec la majorité, nous serions pour l'intervention à toute heure. Mais, comme cette règle thérapeutique est basée sur le pronostic sombre des lésions inflammatoires de l'appendice, pronostic bien différent en général de celui des salpingites, le rapprochement entre les deux genres d'affections perd beaucoup de sa valeur, et nous devons chercher une formule moins absolue et mieux appropriée à la marche ordinairement plus favorable des inflammations annexielles.

Dans le pyo-salpinx avec poussée aiguë, le chirurgien est pris entre le désir de débarrasser au plus vite la malade de sa collection purulente et la crainte d'aggraver le pronostic par une intervention intempestive. Il lui faut cependant prendre un des deux partis suivants : ou bien, se tenant dans l'expectative armée, livrer l'inflammation à son évolution naturelle, ou bien extirper une trompe kystique à contenu virulent. Or, de quel côté est le plus grand danger ? Écoutons d'abord Richelot (1), appréciant la valeur de la laparotomie : « La gravité immédiate est en relation étroite avec la qualité du pus. Il y a des pus stériles ou peu septiques, il y en a d'extrêmement virulents. On peut faire avec les premiers des séries d'opérations heureuses ; on peut, avec de l'habileté, se défendre contre les plus mauvais ; mais il importe de savoir que, dans certaines laparotomies, l'opérateur est désarmé. Les plus intransigeants reconnaissent le danger des grandes poches friables et adhérentes ; l'aspiration du pus ne suffit pas, car il en reste assez pour inoculer le péritoine au moment où la déchirure se produit. » Voilà donc qui nous fixe sur la gravité possible de l'intervention immédiate dans le pyo-salpinx, en période inflammatoire aiguë, dont le pus est virulent. Voici maintenant les renseignements que nous donne Bouilly (2) sur le pronostic de l'évolution spontanée de ces poussées aiguës : « mal-
gré la gravité apparente des symptômes, en dépit de la réaction

de vue bactériologique, l'appendicite tuberculeuse est hors de conteste ; au point de vue étiologique, l'appendicite grippale est connue ; il est donc vraisemblable, sinon certain, que l'on arrivera, comme pour les salpingites, à distinguer des variétés d'appendicite suivant leur nature causale.

(1) RICHELOT, C. R. *du Congrès de Genève*, p. 173.

(2) BOUILLY, *ibid.*, p. 42.

péritonéale, dans l'immense majorité des cas, l'opération d'urgence ne s'impose pas. Ces poussées sont plus effrayantes que graves et presque toujours, pour ne pas dire toujours, elles se terminent en quelques jours par la chute des accidents et le retour à l'état antérieur, en laissant parfois une aggravation dans les symptômes ». La conclusion logique est donc que, dans ces conditions où de deux dangers le chirurgien doit éviter le pire, la temporisation est indiquée.

Il est cependant des cas particulièrement favorables, et peut-être plus fréquents que l'on ne l'admet généralement, où le principe de l'évacuation précoce du pus peut se concilier avec une conduite prudente : ce sont ceux où la collection purulente est directement abordable sans interposition d'espace péritonéal libre. Alors l'incision simple, abdominale ou vaginale, ne doit pas être différée. Je sais bien qu'on lui a reproché (1) de créer entre les parois de la poche et la muqueuse vaginale ou la couche musculo-aponévrotique de l'abdomen des adhérences solides, qui rendront une extirpation secondaire plus laborieuse ; mais c'est là un bien faible argument contre une intervention qui a pour avantage de faire cesser immédiatement les accidents aigus, d'amener parfois une guérison durable et de conserver enfin un organe, dont la fonction ne saurait, faute de preuves, être malgré tout considérée comme définitivement perdue.

Mais le pyo-salpinx aigu, traité par l'expectative ou comme un simple abcès chaud, est susceptible d'aggravation : les phénomènes généraux peuvent persister ou reparaitre avec une nouvelle intensité à la suite d'une amélioration éphémère, les douleurs augmenter, la rupture de la trompe devenir menaçante ; ou bien, après la chute des accidents aigus, l'hecticité peut s'établir progressivement et mettre l'existence de la malade en danger. Alors toutes les hésitations doivent disparaître et les demi-mesures être abandonnées : une intervention énergique peut seule triompher de la septicémie ou supprimer la possibilité d'une péritonite mortelle.

(1) QUÉNU, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 11 mai 1898, p. 337.

IV. — Suppurations complexes.

A côté de ces pyo-salpinx à allures graves, prennent place naturellement les suppurations pelviennes complexes, où tissu cellulaire, annexes utérines et péritoine peuvent participer simultanément à l'inflammation et où peuvent exister des fistules, le plus souvent incurables par les méthodes conservatrices. Dans toutes ces variétés l'indication opératoire est formelle, et, s'il existe parfois des conditions susceptibles d'apporter quelque retard à l'intervention, on peut cependant poser en principe que les chances de succès sont d'autant plus grandes que l'opération est plus précoce : attendre la disparition des phénomènes aigus, espérer le relèvement de l'état général est le plus souvent une méthode vaine ; c'est poursuivre une chimère et s'exposer presque toujours à opérer trop tard.

Nous n'avons eu jusqu'ici en vue que les indications opératoires des trois groupes principaux d'inflammations péri-utérines ; mais les autres variétés de suppurations, observées au niveau du bassin chez la femme, rentrent chacune, au point de vue chirurgical, dans l'une de ces grandes classes. Ainsi les adénites pelviennes, les hématomes intra-ligamentaires, les kystes dermoïdes sous-péritonéaux et les kystes du ligament large suppurés sont passibles du même traitement que la cellulite pelvienne ; les kystes hydatiques du bassin et l'hématocèle rétro-utérine, passés à la suppuration, obéissent à la même règle opératoire que la pelvi-péritonite ; enfin les considérations sur la thérapeutique du pyo-salpinx s'appliquent également aux abcès et aux kystes suppurés de l'ovaire. Insister davantage sur ce sujet serait donc nous exposer à des redites.

V. — Tuberculose pelvienne.

Un point plus important est de déterminer les indications opératoires dans le traitement de la tuberculose utéro-annexielle. Aran (1), pour qui existait un balancement constant entre les

(1) ARAN, *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes*, 1858-60.

lésions pulmonaires et génitales, les premières s'aggravant quand les secondes s'amendaient et inversement, concluait systématiquement à l'abstention ; mais déjà à la même époque Becquerel (1) exprimait une opinion différente, qui a prévalu. On peut avec Delbet (2) considérer que les malades se présentent au chirurgien dans trois conditions différentes : dans la première, la tuberculose génitale existe sans autre localisation tuberculeuse ; dans la deuxième, elle s'accompagne de péritonite tuberculeuse ; enfin elle n'est dans la troisième que la manifestation d'une tuberculose générale. Dans ce dernier cas, il est évident que les lésions « sont soumises aux règles qui doivent régir toutes les interventions chez les tuberculeux, et ces règles ont été assez souvent discutées et sont aujourd'hui assez connues pour qu'il soit inutile de les rappeler ici ». Mais bien plus simple et nette doit être notre conduite en présence d'une tuberculose génitale compliquée ou non de péritonite : la possibilité de l'extirpation complète des lésions, la guérison fréquente de la tuberculose péritonéale, par le seul fait de la laparotomie, sont des indications formelles à l'intervention.

(1) BECQUEREL, *Traité clinique des mal. de l'ut. et de ses annexes*, 1859.

(2) PIERRE DELBET, *loc. cit.*, p. 296.

CHAPITRE III

Choix de l'intervention.

« Parce ovario et utero si possis. »

SÆNGER (1).

Deux idées directrices doivent présider au choix de l'intervention dans le traitement des suppurations pelviennes : essayer d'évacuer le pus sans exposer les jours de la patiente ; tenter de la guérir sans mutilations inutiles.

La technique opératoire a accompli dans ces dernières années de tels progrès, qu'en fait de suppuration pelvienne toutes les audaces semblent aujourd'hui permises. Mais il est cependant des circonstances, où les plus téméraires doivent reculer devant le danger d'une ablation immédiate : l'abondance du pus et sa virulence, le degré de l'infection et la faiblesse de la malade peuvent, en effet, être au-dessus de toute habileté ou commander une opération, qui concilie à la fois l'obligation d'évacuer le pus et celle de ne rien ajouter à la gravité du mal.

D'autre part, malgré les succès remarquables et la bénignité toujours croissante des interventions radicales, la tendance actuelle est manifestement vers les opérations conservatrices : la possibilité de voir les trompes utérines recouvrer leur perméabilité, l'observation quotidienne, quelle que soit d'ailleurs leur pathogénie, des troubles ou physiques ou psychiques provoqués par la suppression des ovaires, font un devoir au chirurgien de ménager les annexes, toutes les fois que l'étendue ou la nature des lésions ne prévalent pas sur l'importance fonctionnelle de ces organes.

C'est en nous conformant à ces règles de prudence et de modé-

(1) SÆNGER, *C. R. du Congrès de Genève*, p. 85.

ration, qui n'excluent d'ailleurs ni les hardiesses, ni les sacrifices souvent nécessaires, que nous allons tenter de faire un choix, pour chaque cas donné, parmi les nombreuses opérations préconisées dans le traitement des suppurations pelviennes, et dont la classification la meilleure nous paraît être la suivante :

Méthode conserva- trice	Incision abdominale	{	médiane	{	directe.
			latérale.		indirecte.
	Incision vaginale.	{	postérieure	{	directe.
			latérale.		indirecte.
antérieure.					
Incisions inusitées : rectale, fessière, périnéale, fé- morale, voie sacrée.					
Méthode radicale	Partielle	{	Oophoro-salpingectomie abdominale (<i>vulgo</i> , laparotomie).		
			Oophoro-salpingectomie vaginale (colpo-coeliotomie).		
	Totale	{	Hystérectomie vaginale. Hystérectomie abdominale.		

I. — Cellulite pelvienne.

La suppuration du tissu cellulaire pelvien, qu'elle soit aiguë ou chronique, localisée dans la gaine hypogastrique ou diffusée entre les deux feuillets du ligament large, doit être considérée au point de vue thérapeutique comme un phlegmon ordinaire : l'évacuation du pus par la simple incision du foyer purulent est le seul traitement rationnel.

Un seul point peut porter à la controverse : c'est le choix du siège le plus favorable à cette incision évacuatrice. Pour Segond (1), l'ouverture de l'abcès se fera « parfois par le vagin, presque toujours par la paroi abdominale ». Pour Bouilly (2), au contraire, « l'incision vaginale représente le traitement de choix dans les abcès aigus du tissu cellulaire pelvien de la gaine hypogastrique ou dans les collections du ligament large dont le relief se prononce surtout vers la face postérieure ». Cette dernière opinion est celle que nous adopterons, car plusieurs raisons nous

(1) P. SEGOND, in DUPLAY et RECLUS, *Traité de chir.*, t. VIII, p. 591.

(2) G. BOUILLY, *C. R. du Congrès de Genève*, p. 36.

paraissent militer en sa faveur. Tout d'abord, en fait de suppuration, il existe un principe général de chirurgie qui veut que le foyer purulent soit toujours ouvert et drainé en son point le plus déclive : or, par l'incision abdominale on aborde l'abcès pelvien par sa partie la plus élevée : aussi la guérison est-elle toujours tardive et parfois même ne survient qu'après une contre-ouverture vaginale ; le chirurgien, dans ce dernier cas, termine donc par où il aurait dû commencer. De plus, l'incision abdominale crée dans la paroi un point faible, au niveau duquel peut se produire secondairement une éventration. Cet accident n'est pas exceptionnel à la suite des abcès péri-appendiculaires ouverts par l'incision inguinale ; on doit donc en admettre la possibilité dans les phlegmons pelviens traités de même façon. Enfin, argument moins sérieux que les précédents, mais qui cependant a son importance, l'incision abdominale laisse une cicatrice parfois difforme et toujours désagréable pour la femme qui la porte, quelle que soit d'ailleurs la classe sociale à laquelle elle appartienne.

L'incision vaginale doit donc avoir toutes nos préférences dans le traitement des cellulites pelviennes, et je ne pense pas qu'il puisse y avoir aujourd'hui le moindre doute à ce sujet, en ce qui concerne du moins les phlegmons de la gaine hypogastrique. Dans le phlegmon du ligament large proprement dit, on pourrait à la rigueur être tenté de soutenir encore l'incision abdominale, parce que le foyer purulent est relativement éloigné du cul-de-sac vaginal et que l'on peut craindre la blessure de l'uretère ou de l'artère utérine. Mais combien est rare d'abord cette variété de suppuration pelvienne ! Ne s'agit-il donc pas presque toujours d'un pyo-salpynx adhérent à la paroi abdominale ou d'un foyer de péritonite enkystée ? Et puis l'argument tiré de l'éloignement de la collection purulente est-il vraiment sérieux ? Ne savons-nous pas maintenant ouvrir par le vagin une salpingite suppurée même haut située ? Encore dans ce dernier cas avons-nous parfois à redouter l'ouverture de la cavité péritonéale ; mais dans le phlegmon du ligament large nous ne pouvons avoir les mêmes craintes. Quant à l'hypothèse de la blessure possible de l'uretère et de l'artère utérine, peut-on raisonnablement l'admettre ? Je ne crois vraiment pas que le chirurgien, pratiquant la colpotomie telle qu'elle est actuellement réglée, soit capable de léser ces or-

ganes, et, pour ma part, je ne connais pas d'exemple d'une semblable maladresse.

Il est cependant une circonstance exceptionnelle, dans laquelle l'incision abdominale peut être indiquée : c'est lorsque, malgré la colpotomie, il persiste dans la fosse iliaque un prolongement du foyer purulent qui se draine mal par le vagin. Remarquons toutefois que l'incision inguinale ne sera ici que secondaire à la vaginale ; la pratique actuelle doit donc être exactement l'inverse de l'ancienne. Ajoutons aussi que le chirurgien se trouvera bien de parfaire son diagnostic, quand il verra son incision vaginale impuissante à drainer la portion supérieure de la collection purulente, car la tumeur iliaque persistante aura beaucoup plus de chances pour être un pyo-salpinx qu'un diverticule de phlegmon.

Il me paraît important de préciser maintenant le point où doit être faite l'incision vaginale. On ne parle guère aujourd'hui, dans la colpotomie pour abcès pelvien, que de l'ouverture du cul-de-sac postérieur : qu'il s'agisse de cellulite pelvienne, de pelvi-péritonite ou de suppuration des annexes, c'est toujours par le cul-de-sac de Douglas que l'on aborde la collection purulente. Or, bien que cette pratique soit, en effet, le plus fréquemment indiquée, je pense cependant qu'elle ne répond pas absolument, comme on semblerait le croire, à toutes les nécessités. Il est évident que l'abcès péritonéal qui refoule et couche l'utérus sur le pubis, que le pyo-salpinx qui se laisse choir dans l'infundibulum pelvien, que le phlegmon du ligament large qui a tendance à s'étendre en dehors et en arrière, doivent être ouverts par le cul-de-sac postérieur, avec prolongement latéral de l'incision, si le besoin s'en fait sentir. Mais le phlegmon de la gaine hypogastrique, dont le point le plus déclive est antéro-latéral, qui se développe surtout en avant, à tel point qu'on a pu le désigner sous le nom de « paramérite antérieure », qui enfin redresse l'utérus et le rejette en arrière, exige à notre avis l'incision du cul-de-sac antérieur.

Nos observations 3 et 24 sont à cet égard tout à fait démonstratives. Dans la première, l'incision postérieure, qui fut d'abord pratiquée, ne put être qu'exploratrice : elle permit de constater l'intégrité du péritoine et des annexes ; mais ce n'est que par une

incision précervicale que l'opérateur put évacuer le pus contenu dans la gaine hypogastrique gauche. La deuxième est encore plus instructive, parce qu'elle nous montre, d'une part, le danger qu'il peut y avoir à faire traverser à un pus virulent un espace péritonéal dépourvu d'adhérences, et, d'autre part, les déficiences du drainage d'un phlegmon de la gaine par le cul-de-sac rétro-utérin. Comme dans le cas précédent, l'incision postérieure conduisit dans un péritoine sain ; mais le foyer purulent fut ouvert par effondrement du feuillet postérieur du ligament large, et ce n'est qu'à grand'peine qu'on put y introduire deux drains, en leur faisant suivre un trajet fortement contourné. Le résultat ne pouvait être que médiocre : la malade n'eut pas il est vrai, le soir de l'opération, son accès de fièvre quotidien ; mais le lendemain se déclarèrent des phénomènes très inquiétants de péritonite, qui ne tardèrent pas heureusement à s'amender. L'état général n'en resta pas moins précaire, la septicémie continua à suivre sa marche progressive et l'on dut bientôt recourir à une nouvelle intervention. Cette fois la collection purulente fut attaquée par le cul-de-sac antérieur : à peine le décollement de la vessie était-il amorcé, que jaillit un flot considérable de pus, alors que les drains placés dans le cul-de-sac postérieur ne donnaient lieu, depuis déjà plusieurs jours, qu'à un écoulement insignifiant.

Ainsi dans le phlegmon de la gaine hypogastrique, variété anatomique de la cellulite pelvienne de beaucoup la plus fréquente, l'incision du cul-de-sac vaginal antérieur est incontestablement supérieure à celle du cul-de-sac postérieur : elle évite la possibilité de la contamination du péritoine et assure une évacuation et un drainage beaucoup plus efficaces du foyer purulent. J'ajoute qu'elle est tout aussi facile et aussi bien réglée que la colpotomie postérieure et qu'elle n'expose pas davantage à la blessure des organes du voisinage ; elle n'est, en effet, que le premier temps de l'hystérectomie vaginale, opération dans laquelle on ne doit plus aujourd'hui léser ni la vessie, ni l'uretère, et où l'on peut pincer l'artère utérine sous le contrôle de la vue.

Nous n'avons considéré jusqu'ici que le traitement de la cellulite pelvienne siégeant d'un seul côté et limitée à l'un des deux étages du ligament large ; mais à l'*erysipelas malignum puerperale* de

Virchow, à la *cellulite pelvienne diffuse* de Pozzi, où l'inflammation envahit la totalité du tissu cellulaire du bassin, quelle intervention, assez énergique pour arrêter les progrès rapides de l'infection, allons-nous pouvoir opposer ? Nous contenterons-nous de l'incision évacuatrice, ou aurons-nous recours à une opération radicale, qui fasse sauter « la bonde » utérine et permette le drainage le plus parfait ?

Pour résoudre ce problème, il est indispensable de se rappeler que la cellulite pelvienne diffuse, souvent compliquée de l'inflammation de l'appareil utéro-annexiel et du péritoine pelvien, peut cependant se développer sans lésions notoires de ces derniers. Or, laissant pour le moment de côté les cas complexes, nous croyons pouvoir affirmer que presque toujours l'incision vaginale sera suffisamment puissante pour triompher de l'inflammation même diffuse du seul tissu cellulaire. L'observation suivante, due à Doyen (1), n'est-elle pas bien faite, en effet, pour nous convaincre de l'efficacité de la colpotomie ? Il s'agit d'une jeune femme « opérée quatre semaines après ses couches, par l'incision vaginale, de plusieurs foyers péri-utérins à streptocoques. Cette malade, douée d'une résistance vitale exceptionnelle, avait une température vespérale de 41° depuis quinze jours, sans localisation streptococcique appréciable. Autour du col, un véritable chémosis de la muqueuse vaginale.

La situation nous semblait désespérée, lorsque, percevant au toucher de petites tumeurs péri-utérines, nous décidâmes de pratiquer sur le champ l'incision de ces foyers. Le col saisi entre les mors de deux pinces à griffes, nous incisons la demi-circonférence postérieure du cul-de-sac vaginal et nous évacuons, en arrière et sur les côtés de l'utérus, plusieurs petits foyers de pus à streptocoques que nous bourrons de gaze aseptique. L'intervention dura cinq minutes. La malade guérit après avoir présenté durant près de six mois une paralysie des muscles extenseurs des deux jambes, assez analogue comme localisation à ce qu'on observe dans la paralysie infantile.

« Elle a eu depuis une nouvelle grossesse, qui s'est terminée sans le moindre accident. »

(1) DOYEN, C. R. du Congrès de Genève, p. 233.

Ainsi la simple incision vaginale a non seulement amené la guérison dans ce cas désespéré, mais encore a permis une grossesse consécutive ! L'hystérectomie, soit vaginale, soit abdominale, car je ne discute pas encore la valeur de l'une ou de l'autre méthode, aurait-elle pu donner un résultat comparable ? Sans parler des inconvénients de la castration, qui ne doivent pas évidemment entrer en ligne de compte dans ces cas graves, ne doit-on pas redouter le shock opératoire d'une intervention radicale ? L'ouverture du péritoine, dans le foyer éminemment septique de la cellulite pelvienne, n'a-t-elle pas toutes les chances de déterminer l'éclosion d'une péritonite suraiguë ? Que l'opérateur incise d'abord le cul-de-sac postérieur, puis l'antérieur, s'il le juge nécessaire, qu'il prolonge latéralement les incisions et pénètre à fond de chaque côté dans l'épaisseur des ligaments larges, sans effraction du péritoine, que l'utérus reste suspendu entre ces deux vastes brèches par ses pédicules vasculaires, c'est là, je crois, la seule pratique susceptible à la fois de répondre à l'indication d'une intervention énergique et à la nécessité de ménager la cavité péritonéale (Voir notre observation 52).

Quelle que soit l'étendue des lésions dans la cellulite pelvienne, le traitement de choix est donc la colpotomie : bien conduite, cette intervention ne produira jamais de dégâts ; pratiquée, suivant les circonstances, dans le cul-de-sac vaginal postérieur ou l'antérieur, elle permettra toujours d'atteindre le siège de la suppuration et pourra, dans les cas les plus graves, donner des résultats inespérés.

II. — Pelvi-péritonite.

Le choix de l'intervention dans le traitement de la pelvi-péritonite, cliniquement sinon réellement essentielle, ne nous arrêtera pas longtemps : la simple incision évacuatrice est, en effet, la seule opération indiquée, dans ces cas où les annexes utérines sont indemnes ou ne prennent qu'une part insignifiante à l'inflammation.

Mais l'accord n'a pas toujours existé sur la voie la plus favorable à l'évacuation du pus et, dans certaines circonstances d'une appréciation délicate, la discussion est encore possible, comme nous allons le voir. L'incision vaginale était seule usitée lorsque

Lawson Tait (1), emporté par ses succès dans l'ablation des annexes par la laparotomie, préconisa l'ouverture par la voie abdominale des poches purulentes pelviennes. Sous son influence, on vit même Martin (2) inaugurer, pour le traitement des collections profondément situées dans le bassin, une méthode qui peut paraître aujourd'hui assez extraordinaire : Martin abordait l'abcès par la laparotomie, l'incisait, évacuait son contenu, cautérisait au chlorure de zinc ses parois, drainait par le vagin et refermait par quelques points de suture le foyer purulent pour supprimer toute communication avec la cavité péritonéale ; mais je ne pense pas que le chirurgien de Berlin, qui compte aujourd'hui, avec Dührssen et Mackenrodt, au nombre des plus ardents partisans de la colpo-cœliotomie, ait continué l'usage d'un semblable procédé, peu compatible avec la faveur actuelle de l'incision vaginale.

La pratique audacieuse de Lawson Tait n'eut pas à enregistrer que des résultats heureux ; mais, comme la colpotomie était alors à l'index, certains chirurgiens avisés, tout en respectant le principe de l'incision abdominale, cherchèrent à atteindre les collections pelviennes sans pénétrer dans la cavité péritonéale. Pozzi fit connaître sa laparotomie sous-péritonéale, dont l'appellation presque toujours inexacte au point de vue purement anatomique, exprime cependant de façon heureuse le trait caractéristique de la méthode. L'opération de Pozzi n'est, en effet, réellement sous-péritonéale que lorsqu'elle s'adresse à la cellulite pelvienne ; mais elle l'est encore, du moins pratiquement, dans les abcès enkystés du péritoine et même dans les pyo-salpinx adhérents à la paroi abdominale, où la collection purulente est directement abordée, sans interposition d'un espace libre de la grande cavité péritonéale.

Quoi qu'il en soit, la voie vaginale, malgré Lawson Tait et ses adeptes, regagnait peu à peu le terrain perdu et l'on peut dire que, de nos jours, la colpotomie est devenue le traitement de choix des abcès péritonéaux non compliqués de lésions annexielles graves. Comme l'a écrit Bouilly (3), « il n'est pas besoin d'arguments pour démontrer l'excellence de l'incision vaginale et

(1) Voir l'Historique, p. 43.

(2) MARTIN, *Arch. f. Gyn.*, Band XXIV, Heft 2, 1885.

(3) G. BOUILLY, *C. R. du Congrès de Genève*, p. 37.

du cul-de-sac péritonéal postérieur, pour l'ouverture de certaines pelvi-péritonites suppurées d'origine puerpérale, post-abortive ou même gonorrhéique, dans lesquelles les annexes sont peu ou ne sont pas touchées et où la simple évacuation du pus suffit à donner une guérison rapide. La même remarque s'applique aux hématoécèles rétro-utérines suppurées. Enfin dans quelques cas d'infection péritonéale post-opératoire, quand de la sérosité ou du sang accumulés dans le bassin se vident mal et donnent lieu à l'infection, une incision du cul-de-sac, suivie de drainage et de lavage, peut faire tomber les accidents les plus graves comme par enchantement ». Dans ces faits de pelvi-péritonite simple, la collection purulente siège le plus souvent dans le cul-de-sac de Douglas, refoule l'utérus en avant et bombe fortement dans le vagin, où elle ne demande qu'à s'ouvrir : on ne peut que favoriser cette tendance à l'évacuation par cette voie naturelle. Notre observation 1 est un beau cas de guérison définitive, obtenue dans ces conditions.

Mais il peut exister cependant des abcès péritonéaux qui, tout en occupant une région plus élevée, ne s'accompagnent pas de lésions appréciables des annexes et sont, dans tous les cas, susceptibles de guérir par la simple incision : la voie vaginale ne leur paraît plus applicable et il semble bien qu'il faille évacuer le pus par la paroi abdominale. Or, quelle va être notre conduite en pareille circonstance ? Allons-nous, à l'exemple de L. Tait, inciser sur la ligne médiane, sans nous inquiéter des connexions de l'abcès avec la paroi et pénétrer, s'il le faut, dans la cavité péritonéale ? Ou bien, mettant en pratique la laparotomie sous-péritonéale de Pozzi, irons-nous par la région inguinale aborder directement la collection purulente, soit d'emblée, soit en décollant le péritoine jusqu'à ce que nous soyons au niveau du foyer de péritonite enkystée ?

Les deux méthodes ont leurs avantages et leurs inconvénients. Dans la première, nous pourrions vérifier un diagnostic qui est toujours incertain, constater *de visu* l'état réel des annexes et terminer, s'il est nécessaire, par une opération radicale ; mais, malgré la perfection actuelle de la technique de la laparotomie, cette intervention ne sera jamais sans danger, le pus étant, dans les cas que nous visons, presque toujours virulent. Dans la se-

conde, nous n'aurons pas à craindre l'éclosion d'une péritonite mortelle, l'opération se réduisant à l'ouverture d'un abcès ordinaire ; mais nous risquerons de passer à côté de lésions importantes des annexes et d'être obligé de recourir, à brève échéance, à une nouvelle intervention.

Dans cette alternative, il est bien difficile de se prononcer d'une façon formelle, pour l'une ou l'autre méthode, et nous pensons que le chirurgien doit régler sa pratique sur l'état de la température et sur l'abondance présumée du pus. Voici deux observations de Richelot (1), où chacun de ces procédés a obtenu un égal succès dans des cas sensiblement analogues :

« Le 2 juin 1888, j'opère à l'hôpital Tenon une jeune fille de 24 ans, qui a dans la fosse iliaque gauche et sur la ligne médiane un empâtement considérable, avec une température de 40° ; cause du mal, grattages maladroits de l'utérus, ponctions inconsidérées des culs-de-sac vaginaux et vésicatoires intempestifs. La laparotomie me conduit sur l'épiploon qui adhère au fond de l'utérus et qui, décollé, me laisse pénétrer dans un petit foyer purulent situé au-dessus et en arrière de cet organe, et limité par des adhérences de l'intestin grêle. Désinfection du petit foyer avec une éponge phéniquée, arrangement de l'épiploon pour protéger le péritoine, drainage avec un long tube. Les annexes gauches sont enfouies dans un magma d'adhérences qui les cache absolument et que je ne veux pas dissocier. La malade guérit promptement. Revue le 6 août, l'empâtement a disparu, la masse annexielle est fondue et la cavité pelvienne revenue à sa souplesse normale. J'ai suivi cette jeune fille, qui est restée guérie. »

« Le 7 octobre 1891, une jeune femme de 39 ans, accouchée depuis trois mois, ayant eu après son accouchement des douleurs et de la fièvre, présente une tumeur dure, à gauche, au-dessus du détroit supérieur. Une incision sur le bord externe du muscle droit traverse une zone de tissus lardacés où le péritoine pariétal se reconnaît à peine, et pénètre directement dans une poche d'où jaillit un verre de pus. Le doigt explore facilement toute la cavité, sorte de lacune limitée par une fausse membrane mince, facile à

(1) G. RICHELOT, *C. R. du Congrès de Genève*, p. 154 et 155.

déchirer, qui relie et fait adhérer entre elles les anses intestinales. Il semble que ce foyer purulent n'a aucun rapport avec les annexes que je ne vois pas. Après un lavage au sublimé et quelques jours de tamponnement, la malade guérit sans fièvre et quitte l'hôpital le 1^{er} novembre, entièrement cicatrisée. » Remarquons que dans cette dernière observation la collection purulente fut directement abordée par une incision faite suivant le bord externe du muscle droit et non pas parallèlement à l'arcade de Fallope ; mais cette pratique, excellente pour éviter l'éventration consécutive, ne peut être suivie que si l'on est sûr d'arriver sur le pus sans traverser le péritoine, car dans le cas contraire, l'incision médiane serait encore préférable.

Ainsi, d'une part, les abcès péritonéaux d'origine génitale peuvent s'enkyster ailleurs que dans le Douglas, sans que les annexes utérines soient franchement malades ou le soient tout au moins à un degré suffisant pour nécessiter une opération radicale, et, d'autre part, l'évacuation du pus peut se faire par l'incision soit directe soit indirecte de l'abcès. Néanmoins s'il m'était permis de faire un choix entre les deux méthodes opératoires, j'avouerais nettement mes préférences pour celle qui met le chirurgien à l'abri de tout accident immédiat, répond suffisamment à l'indication pressante de faire tomber les phénomènes aigus d'infection et place la malade dans des conditions plus favorables à une intervention radicale, si les lésions des annexes rendent secondairement celle-ci nécessaire. Le seul défaut de cette pratique prudente est la possibilité d'une double cicatrice ; mais c'est là un argument de bien faible valeur cette fois, et qui ne peut soutenir la comparaison avec la sécurité parfaite que donne cette méthode.

Mais je tiens, avant d'en finir avec la pelvi-péritonite, à proclamer la rareté des abcès péritonéaux justiciables de la voie haute, et je ne suis pas convaincu que, dans les deux cas précédemment cités, l'incision vaginale n'aurait pas conduit l'opérateur sur les foyers purulents. Lorsque la pelvi-péritonite est évidente, qu'avons-nous à craindre, en effet, d'aller profondément dans le bassin par la voie vaginale ? La possibilité de la péritonite généralisée est écartée du fait des adhérences. Reste le danger de perforer l'intestin ; mais nous savons ce qu'il faut penser aujourd'hui

d'hui des fistules stercorales consécutives à une incision du cul-de-sac postérieur bien conduite : ce n'est pas l'intervention qu'il faut incriminer, c'est l'affection elle-même (1). Nous ferons plus loin certaines réserves, quand il s'agira d'établir les indications de la colpotomie dans le traitement du pyo-salpinx ; mais en fait de pelvi-péritonite proprement dite, l'incision vaginale ne me paraît devoir céder le pas à l'incision abdominale que dans des cas tout à fait exceptionnels, qui sont laissés à l'appréciation du chirurgien.

III. — Salpingo-ovarites suppurées et suppurations complexes.

Faire choix de la méthode opératoire la meilleure dans le traitement des salpingo-ovarites suppurées qui sont justiciables, suivant les indications précisées antérieurement, d'une intervention chirurgicale est le point vraiment délicat de notre travail. En présence d'une cellulite pelvienne ou d'une pelvi-péritonite sans lésions apparentes des annexes, la discussion, en effet, ne pouvait guère porter que sur l'heure et le lieu les plus favorables à l'incision évacuatrice. Mais ici le problème se complique d'une donnée nouvelle : les parties malades peuvent être supprimées et il s'agit de savoir laquelle vaut le mieux d'une intervention conservatrice ou d'une opération radicale. Si la nature de l'inflammation, le siège des organes atteints, le degré d'acuité et l'étendue des lésions étaient toujours les mêmes, s'il n'existait surtout aucune incertitude sur le pronostic *quoad functionem*, la solution serait aisée. Mais un pyo-salpinx banal et une salpingite tuberculeuse sont-ils comparables ? Abordera-t-on par la même voie l'annexite suppurée à siège franchement abdominal et celle qui est prolabée dans le cul-de-sac de Douglas ? Les lésions torpides, peu septiques, ou au contraire extrêmement virulentes ne commanderont-elles pas une règle de conduite différente ? Ne se fera-t-on pas plus de scrupule de pratiquer chez une jeune femme une castration bilatérale que de lui supprimer ses annexes d'un seul côté ?

(1) F. JAYLE. Pathogénie de quelques fistules recto-vaginales consécutives à l'hystérectomie vaginale. *Ann. de gyn. et d'obst.*, février 1896, t. I, p. 118.

Un pyo-salpinx récent et une vieille annexite suppurée auront-ils enfin un titre égal aux procédés conservateurs ?

Ce n'est donc qu'après des considérations multiples et variables, selon les circonstances, que le chirurgien devra prendre une détermination : il se laissera avant tout guider dans son choix par le désir de guérir avec le minimum de dégâts ; mais lorsque l'intervention radicale lui paraîtra formellement indiquée, il devra la faire toujours assez complète pour éviter la récurrence ou la persistance de phénomènes morbides.

Pour déterminer la part qui revient à chacune des méthodes conservatrice et radicale dans le traitement des lésions suppurées des annexes, nous devons successivement envisager, en procédant du simple au composé, les différents cas qui peuvent se rencontrer dans la pratique.

Pyo-salpinx unique, froid, non compliqué. — Dans l'hypothèse la plus simple, nous nous trouvons en présence d'un pyo-salpinx unique, qui ne s'accompagne ni de phénomènes généraux, ni de signes apparents de péri-salpingite. En pareille circonstance nous pensons que le chirurgien doit avant tout subordonner sa conduite au siège occupé par la collection purulente et à l'ancienneté des lésions.

Si une poche tubaire, d'inflammation assez récente pour laisser espérer encore une restitution *ad integrum*, est prolabée dans le cul-de-sac postérieur, ou si, tout en occupant une situation plus élevée, elle est encore facilement accessible par le vagin, pourquoi ne pas essayer tout d'abord de la simple incision vaginale ? En 1890, Bouilly (1), dans sa remarquable communication à la Société de chirurgie, considérait à cette époque la colpotomie comme une « opération de nécessité » qui n'était indiquée que si « la fièvre, l'état d'épuisement donnaient peu de chances de succès à la laparotomie » ; mais en 1896, au Congrès de Genève, le même auteur reconnaissait que « des faits nouveaux semblaient permettre d'étendre les indications de l'incision vaginale et d'attaquer à froid des collections tubaires ou ovariennes suppurées, siégeant dans le cul-de-sac postérieur ou dans un des culs-de-sac latéraux ».

(1) BOUILLY, De l'ouverture par la voie vaginale des collections purulentes salpingées et ovariennes. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, t. XVI, p. 500, 1890.

Dans notre observation 5, qui a trait à un cas de ce genre, Routier s'en est tenu à cette pratique simple, et les résultats éloignés de son opération lui ont prouvé qu'il n'aurait pu mieux faire.

À cette règle de conduite on peut adresser cependant une double objection : l'incision vaginale peut laisser une fistule intarissable et créer de plus des adhérences qui rendront une extirpation secondaire plus pénible. Mais ces arguments tombent devant les résultats des interventions radicales, pratiquées en semblable circonstance. Dans notre observation 62, où l'incision d'un pyo-salpinx par le cul-de-sac postérieur était restée fistuleuse, l'hystérectomie vaginale n'a été ni plus difficile, ni plus accidentée que dans les cas ordinaires, et dernièrement nous avons vu Routier faire, dans un cas analogue et particulièrement difficile, la castration abdominale totale sans que la fistule vaginale ait suscité la moindre complication opératoire.

Il ne faudrait pas cependant étendre d'une façon inconsidérée les indications de l'incision vaginale et pratiquer cette intervention de parti pris toutes les fois que la collection salpingée ou ovarienne paraît facilement abordable par le vagin. Si l'inflammation est ancienne et que la perméabilité de la trompe semble à jamais perdue, à quoi bon en effet ménager un organe désormais inutile et qui peut, somme toute, être le point de départ de nouveaux accidents ? Réfléchissons bien que nous sommes dans les meilleures conditions pour tenter une intervention radicale, qui ne peut être que bénigne si l'opérateur est sûr de son asepsie.

Même dans l'hypothèse d'une colpotomie facile, on devra donc, dans certaines circonstances, préférer à l'incision vaginale l'ablation de la trompe malade. Le chirurgien est ainsi tout naturellement amené à se demander quelle sera la voie la meilleure pour pratiquer ce traitement radical. Jusque dans ces dernières années, la discussion n'était guère possible sur ce point : la voie abdominale, à de rares exceptions près, était, en effet, la seule usitée dans l'extirpation unilatérale des annexes. Mais, grâce à la faveur dont jouissait naguère la voie vaginale, la laparotomie a vu prendre place à ses côtés une intervention nouvelle, la colpo-cœliotomie, dont la pratique a été préconisée par un trop grand nombre de gynécolo-

gistes, et non des moindres, pour que nous n'en discussions pas la valeur (1).

La colpo-cœliotomie a été la conséquence naturelle du reproche le plus grave adressé à l'hystérectomie vaginale, à savoir : mutilation inutile dans le cas de lésion unilatérale. Le principe de cette opération ne repose donc pas sur des bases bien sérieuses. La cœliotomie abdominale est tout aussi parcimonieuse que la vaginale et elle a sur cette dernière l'avantage incomparable de ne jamais manquer son but. A l'époque où, sous l'influence des communications de Martin et de Dührssen, au Congrès de Moscou, il y eut chez nous un certain engouement pour la nouvelle méthode, j'ai vu et pu pratiquer moi-même, sous la direction bienveillante de M. Clado (2), l'ablation des annexes malades par le vagin, et je ne nie pas que l'opération est en général plus simple qu'on ne se le figure ; mais il est de toute évidence qu'on ne peut néanmoins lui accorder qu'un crédit fort limité, surtout lorsqu'il s'agit de lésions suppurées. C'est ce qui ressort clairement de notre observation 20, dans laquelle l'hémorrhagie, qui suivit la tentative infructueuse de l'extirpation d'un pyo-salpinx, mit l'opérateur dans la nécessité de terminer son intervention par la laparotomie abdominale. « Un vagin large et extensible, une petite tumeur unilatérale, ne dépassant guère le volume d'un œuf ou d'une mandarine, située dans le cul-de sac de Douglas ou près du bord inférieur de l'utérus, peu adhérente, non entourée de tissus épaissis et indurés, non fixée en rétro-version, telles sont les conditions rares et presque exceptionnelles », nous dit Bouilly (3), où ce genre d'intervention est praticable. A parler franchement, la laparotomie vaginale, du moins dans le traitement du pyo-salpiux, ne peut guère être que le résultat d'une erreur de diagnostic : on incise le cul-de-sac postérieur, croyant arriver sur une collection purulente et l'on tombe sur un kyste de l'ovaire ou une trompe parenchymateuse que l'on enlève si la chose est faisable. La colpo-cœliotomie ne peut donc soutenir le parallèle avec la laparotomie dans l'ablation des annexes utérines, et c'est la voie

(1) Voir l'Historique, p. 16.

(2) VALLE CASTILLO, Th. de Paris, 1897, obs. LIV à LXI.

(3) G. BOUILLY, *C. R. du Congrès de Genève*, p. 41.

abdominale qui doit avoir nos préférences toutes les fois que l'extirpation d'un pyo-salpinx est jugée nécessaire.

Cette conclusion nous dispense d'insister sur le traitement du pyo-salpinx très haut situé, inabordable par les voies naturelles. Si les phénomènes généraux, la virulence du pus ou son abondance ne sont pas une contre-indication à l'intervention radicale, c'est celle-ci qui devra être pratiquée. Nous ne pensons pas, en effet, que la question de la conservation puisse être ici soulevée : la collection purulente n'étant pas adhérente à la paroi abdominale, il faudrait marsupialiser pour conserver, et c'est là une pratique qui, en dehors des accidents septiques par infection secondaire qu'elle entraînerait et de la fistule persistante qui en résulterait presque fatalement, ne peut s'accorder avec le caractère de propreté et d'élégance de la chirurgie actuelle.

Pyo-salpinx unique, aigu ou compliqué. — Le pyo-salpinx en période inflammatoire aigu ou compliqué de lésions purulentes de voisinage, siégeant soit dans le tissu cellulaire, soit surtout dans le péritoine pelvien, exigera parfois cependant une conduite prudente qui devra l'emporter sur notre désir de faire une opération sans conséquences malpropres.

La communication faite, l'an dernier, par Monod (1) à la Société de chirurgie a trait justement à ces cas de salpingo-ovarites suppurées, compliquées de péri-salpingite, et dans lesquels l'auteur vante avec raison les bienfaits de l'incision vaginale. Sans vouloir entrer dans des considérations sur le manuel opératoire, qui nous entraîneraient hors des limites de notre sujet, nous ferons cependant remarquer que M. Monod insiste judicieusement sur la nécessité de ne point se contenter de l'ouverture de la première collection, séreuse ou purulente, que rencontre le bistouri ; le doigt, introduit dans la plaie vaginale, doit explorer la cavité pelvienne et se rendre compte s'il n'existe pas une deuxième poche purulente contenue dans la première : « l'inflammation péritonéale circonscrite, nous dit-il, qui accompagne presque fatalement les lésions annexielles, donne souvent lieu à un épanchement qui peut n'être que séreux, qui plus souvent sera sup-

(1) CH. MONOD, Sur le traitement des salpingites suppurées par l'incision vaginale, observations et remarques. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1898, t. 24, p. 463.

puré. Cette collection est facilement atteinte et évacuée par l'incision vaginale. Mais pour que l'opération soit complète et vraiment utile, elle doit atteindre la lésion annexielle primitive, toutes les fois que celle-ci pourra être reconnue ». Cette pratique est la seule, en effet, qui puisse donner un résultat satisfaisant : la racine du mal siège dans la poche salpingée, celle qui n'est ouverte généralement que de seconde main. Mais si l'incision vaginale est capable, dans ces circonstances, de provoquer la disparition des accidents aigus, de permettre même à l'opérée de reprendre ses occupations et sa vie habituelle, il est assez rare cependant qu'elle amène une guérison complète et définitive. Nous n'en voulons pour preuve que celles de nos observations qui se rapportent à des cas de ce genre, et dont les malades, qui en font l'objet, ont été revues plusieurs années après l'opération : ce n'est que dans les nos 8, 11, 12 et 18, que nous pouvons relever une guérison suffisante ; dans les observations 6, 10, 13 et 15, le résultat a été médiocre ; dans 16 et 23, les accidents se sont renouvelés, mais ont cédé à un traitement médical ; enfin dans 2, 4 et 62, l'hystérectomie secondaire est devenue nécessaire.

En règle générale, on doit donc s'attendre à voir les malades, atteintes de pyo-salpinx et traitées par l'incision vaginale continuer à souffrir peu ou prou et revenir parfois réclamer une intervention plus curative. Est-ce à dire que la colpotomie est une mauvaise opération dans le traitement du pyo-salpinx aigu et compliqué de lésions du voisinage ? Bien loin de là : elle est excellente au contraire en ce qu'elle répond à l'indication pressante, qui est d'évacuer le pus, et qu'elle permet d'attendre des conditions plus favorables à une intervention radicale. Elle est comparable de tout point, en ces circonstances, à la simple ouverture d'un abcès péri-appendiculaire, suivie, après la chute des accidents aigus, de la résection à froid de l'appendice. On doit donc la pratiquer en principe toutes les fois que les circonstances s'y prêtent, et nous considérons celles-ci comme extrêmement fréquentes.

Il peut arriver cependant que cette méthode prudente puisse manquer son but. Richelot (1) a bien insisté, en effet, sur les dif-

(1) G. RICHELOT, *C. R. du Congrès de Genève*, p. 161 et *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1898, t. 24, p. 760.

ficultés et parfois les dangers de la pratique de la colpotomie dans certains cas imprévus. La collection pelvienne peut sembler en contact immédiat avec le vagin et cependant en être séparée par un paquet d'anses intestinales ; on peut la croire adhérente, directement abordable, et l'on doit pourtant traverser avant de l'atteindre un espace libre de la grande cavité péritonéale. « Ainsi, quelquefois, par ces dispositions inattendues qui déjouent les plus fins diagnostics, l'incision vaginale est aveugle. » Notre observation 19 est un exemple malheureux de colpotomie pratiquée dans ces conditions défectueuses : l'opérateur pénétra d'abord dans un cul-de-sac de Douglas libre de toute adhérence et creva ensuite avec le doigt une poche annexielle, qui donna issue à 500 grammes environ d'un pus extrêmement fétide. Pendant l'opération, deux grandes franges épiploïques, rebelles à toute contention, s'étaient engagées à plusieurs reprises entre les lèvres de la plaie vaginale ; 36 heures après l'opérée était morte.

Il ne faut pas s'exagérer cependant outre mesure la fréquence de ces dispositions défavorables : d'une part, l'intestin ne s'interpose qu'exceptionnellement entre le cul-de-sac vaginal et une collection annexielle, et, d'autre part, une poche purulente, accessible par le vagin, laisse rarement, en période inflammatoire aiguë, une libre communication entre la paroi vaginale et la cavité péritonéale.

En outre, nous l'avons déjà dit ailleurs, mais nous ne craignons pas de le répéter ici, la colpotomie est actuellement une opération si bien réglée que la possibilité d'un accident, même dans les cas les plus difficiles, devient bien improbable : on reconnaît constamment l'intestin au fond de la plaie vaginale, ou du moins on ne le perfore jamais si l'on ne se sert que du doigt pour effondrer la paroi de l'abcès ; et si, par hasard, on tombe d'emblée dans la cavité péritonéale, on peut toujours s'arrêter à temps et choisir une voie plus sûre.

Dans cette dernière hypothèse, si l'état général de la malade ne permet pas d'attendre la chute des accidents aigus, pour intervenir à froid, l'incision abdominale devient notre dernière ressource. La collection n'est-elle pas très considérable ? Le chirurgien pratiquera la laparotomie médiane et, suivant les circonstances, extirpera les annexes malades ou se bornera à établir

un bon drainage. La tuméfaction remonte-t-elle au contraire au voisinage de l'ombilic, l'intensité des phénomènes généraux lui fait-elle craindre l'existence d'un pus particulièrement septique? Il agira sagement en se contentant de l'incision latérale, pratiquée suivant les préceptes prudents d'Hegar et de Pozzi. La règle de conduite est donc ici sensiblement la même que dans les abcès péritonéaux cliniquement simples et à siège particulièrement élevé; et cela est bien heureux, car ce n'est guère qu'en théorie qu'il est possible de faire la distinction entre un énorme pyosalpinx comblant la fosse iliaque et une collection péritonéale purulente, enkystée autour d'une trompe ou d'un ovaire à peu près sains. La pratique que nous défendons, au risque de passer peut-être pour un retardataire, n'est évidemment pas brillante; mais « il faut bien que de temps à autre, et quelle que soit l'audace dont il se vante, le chirurgien s'arrête en chemin et se borne à l'évacuation du pus. Ces opérations là ont un avantage, c'est de ne pas tuer la malade » (1). Il est bon de se rappeler ces sages paroles d'un maître qui n'a pourtant pas peur.

Les salpingo-ovarites suppurées s'accompagnent beaucoup plus rarement de cellulite pelvienne que de pelvi-péritonite. Néanmoins on peut parfois se trouver en présence d'un pyo-salpinx reposant sur une tuméfaction exceptionnellement fluctuante, presque toujours indurée, due à l'inflammation du tissu cellulaire sous-jacent. En pareille circonstance, la colpotomie paraît s'imposer: si, après avoir incisé la paroi vaginale, l'opérateur, décollant le péritoine, se porte immédiatement en dehors, il pénétrera toujours entre les deux feuillets du ligament large sans effraction du péritoine, donnera issue au pus contenu dans l'épaisseur de ce ligament ou traversa une couche souvent très considérable de tissu lardacé, sclérosé, et atteindra finalement sans accident la collection tubaire ou ovarienne. Notre observation 25 est typique à cet égard: après incision du cul-de-sac postérieur et sans ouverture du péritoine, le doigt, allant dans le ligament large à travers le tissu cellulaire condensé en une couche indurée de 3 à 4 centimètres d'épaisseur, arriva au contact de la collection annexielle, dont la paroi fut effondrée à l'aide d'une pince-porte éponge. Douze jours après l'inter-

(1) G. RICHELLOT, *loc. cit.*, p. 174.

vention, l'opérée se sentait en si parfait état qu'elle quittait, malgré nos conseils, prématurément l'hôpital.

Nous n'insisterons pas davantage sur ces cas de suppuration annexielle, compliqués de cellulite pelvienne : l'incision vaginale, pratiquée, selon les circonstances, dans le cul-de-sac postérieur ou dans l'antérieur, nous paraît le procédé de choix pour parer aux premiers accidents et nous lui donnons la préférence sur l'incision abdominale latérale, comme dans la cellulite pelvienne simple, quelle que soit la variété anatomique de cette dernière.

Salpingo-ovarites bilatérales, froides et non compliquées. — Nous n'avons eu en vue jusqu'ici que le pyo-salpinx unique, froid ou chaud, simple ou compliqué. Nous devons maintenant envisager le cas où les lésions sont bilatérales.

L'inflammation est-elle subaiguë ou chronique, le pus paraît-il peu virulent ou même stérile ? Le chirurgien adoptera une conduite basée sur le raisonnement déjà fait pour le pyo-salpinx unique, qui se présente dans des conditions analogues. Si les collections annexielles sont accessibles par le vagin, s'il s'agit de lésions récentes chez une femme jeune, la guérison par la simple incision évacuatrice devra être tentée ; mais si l'inflammation est au contraire assez ancienne pour ne laisser aucun espoir sur le retour de la fonction, ou si les poches purulentes sont tellement haut situées que l'incision vaginale paraisse contre-indiquée, l'opérateur aura recours à la laparotomie et à l'extirpation des organes malades.

La plupart des chirurgiens, qui se sont faits les défenseurs de la colpotomie dans le traitement des collections tubaires ou ovariennes d'origine inflammatoire, ont considéré la bilatéralité des lésions comme une contre-indication presque formelle. Bouilly (1) ne pratique l'incision vaginale que si la poche est « unique, non cloisonnée, unilatérale » ; Richelot (2) n'y a recours que « si l'autre côté paraît sain » ; pour Monod (3), « lorsque les lésions, même récentes, seront *bilatérales*, l'incision vaginale sera généralement insuffisante ». Mais Routier (4), qui ne « saurait voir

(1) G. BOUILLY, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1890.

(2) G. RICHELOT, *Loc. cit.*, p. 170.

(3) CH. MONOD, *Loc. cit.*, p. 491.

(4) A. ROUTIER, *Ibid.*, p. 495.

dans l'unilatéralité des lésions une indication quelconque », me paraît beaucoup plus logique. Pourquoi, en effet, dans le traitement du double pyo-salpinx, rejéteriez-vous une méthode opératoire qui vous semble bonne contre une collection unique ? L'inflammation serait-elle donc moins curable parce que les lésions sont bilatérales ? Une salpingo-ovarite suppurée ne peut-elle guérir par la simple incision que si les annexes opposées sont indemnes ? L'infection ascendante n'envahit donc pas en général les deux côtés simultanément ? Je cherche en vain une bonne raison à cette pratique de l'incision vaginale, réservée exclusivement à la poche purulente unilatérale. De deux choses l'une : ou le chirurgien doit faire franchement de parti pris la laparotomie, ou il doit accepter dans toute son étendue le principe de la colpotomie.

Si tout espoir de guérison par la méthode conservatrice est perdu ou si les collections purulentes ne peuvent être atteintes par l'incision vaginale, l'opérateur aura alors recours à l'intervention radicale. Celle-ci est dite partielle, lorsque les annexes seules sont extirpées, et totale, quand l'utérus est également supprimé.

L'ablation partielle peut se faire par deux voies : par l'abdomen et par le vagin. Mais nous savons ce qu'il faut penser de la colpo-cœliotomie ; aussi, malgré Martin, Dührssen, Mackenrodt et l'école lyonnaise, malgré les avantages incontestables de la cœliotomie antérieure sur la postérieure (1), nous croyons qu'il faut complètement prohiber l'emploi de cette méthode dans l'extirpation bilatérale des salpingo-ovarites suppurées. L'extirpation des annexites, que les lésions soient unies ou bilatérales, doit donc se pratiquer par la voie abdominale.

Mais, quand trompes et ovaires des deux côtés paraissent atteints de lésions incurables, la conservation de l'utérus est-elle plus nuisible qu'utile ? Lorsque les laparotomistes voient naître l'hystérectomie vaginale, qui devenait menaçante pour l'opération de leur choix, il n'est pas d'objections, même puériles, qu'ils n'aient soulevées pour arrêter la faveur croissante de la nouvelle intervention. Sans parler des complications opératoires immédiates, telles que blessure de l'intestin, de la vessie et de l'uretère ou

(1) VALLE CASTILLO, *loc. cit.*, p. 56.

hémorrhagie, qui devaient être presque fatalement la conséquence de cette méthode « aveugle ». l'hystérectomie faisait courir de plus grands risques à l'opérée que la laparotomie ; l'hystérectomie produisait un shock opératoire plus grave ; l'hystérectomie pouvait laisser s'établir entre la vessie et le rectum des adhérences susceptibles de déterminer des désordres importants dans la fonction de ces deux organes ; l'hystérectomie détruisait l'équilibre du plancher pelvien et entraînait un prolapsus général des viscères abdominaux, pouvant se traduire ultérieurement par des ptoses viscérales, intestinales, rénales, par une cystocèle, une rectocèle, une hernie vaginale ; l'hystérectomie laissait une plaie dont le processus cicatriciel pouvait aboutir au raccourcissement et à l'atrésie du vagin ; l'hystérectomie était capable de provoquer la neurasthénie, la mélancolie et même l'aliénation mentale ; l'hystérectomie enfin faisait de l'opérée un être sans sexe qui perdait plus promptement et d'une manière plus complète ses appétits génitaux que s'il avait subi simplement la castration bilatérale (1). Mais que les temps sont changés ! Voici comment s'exprime à l'heure actuelle un des plus fervents protagonistes de la salpingo-ovariectomie abdominale : « Je pratique l'ablation de l'utérus dans tous les cas où l'état des annexes est tel que je dois sacrifier les deux côtés (2) » ; et il ajoute qu'il a été conduit à cette conclusion par la comparaison des résultats éloignés de l'hystérectomie vaginale avec ceux de la castration abdominale annexielle, les premiers étant incontestablement supérieurs aux derniers.

De tous les reproches adressés à l'hystérectomie, un seul mérite aujourd'hui d'être retenu et discuté : c'est celui qui a trait à la gravité immédiate de cette intervention. Est-il donc bien vrai que la castration totale est plus redoutable, au point de vue des suites opératoires rapprochées, que la castration partielle ? La réponse des statistiques est non seulement négative, mais encore elle tend à intervertir les rôles, c'est-à-dire à prouver que, du moins dans les cas graves, l'ablation simple des annexes offre plus de dangers que l'extirpation intégrale de l'appareil utéro-

(1) HENROTIN, WELLER VAN HOOK, FERGUSSON, NEWMANN, FRANKLIN, H. MARTIN, Discussion sur l'opportunité de conserver ou de sacrifier l'utérus lorsque les ovaires ont été enlevés dans le cas de suppuration pelvienne. *Soc. gyn. de Washington*, 15 février 1897.

(2) H. HARTMANN, *Ann. de gyn.*, juillet 1897.

annexiel. Comment pourrait-il d'ailleurs en être autrement? La section complémentaire de quelques filets nerveux et la ligature des artères utérines ajoutée à celle des utéro-ovariennes sont-elles, en effet, réellement capables d'assombrir le pronostic de l'intervention? N'est-ce pas la possibilité de l'hémorrhagie et surtout de l'infection qui doit faire l'objet de toutes nos craintes? Dès lors, un utérus, dont la cavité ou la paroi peuvent être elles-mêmes le siège d'une suppuration, dont la surface extérieure est saignante et souvent contaminée par les collections purulentes du voisinage, mérite-t-il d'être conservé? Son ablation ne permet-elle donc pas d'assurer un drainage plus parfait et aussi n'est-elle pas une sécurité pour le présent et un bienfait pour l'avenir? Que disent nos observations, où la laparotomie a été pratiquée, pour lésions bilatérales des annexes, sans extirpation de la matrice? Quoique la tendance, d'ailleurs bien excusable de tout chirurgien, soit de considérer ses opérées comme définitivement guéries, nous relevons la persistance des métrorrhagies dans les observations 8, 34, 35, celle de la leucorrhée dans les n^{os} 36, 45, 46; dans la plupart, les malades ont continué à souffrir ou à être tout au moins gênées par la présence de cet utérus désormais inutile. Et qu'on ne vienne pas nous dire que les écoulements de sang, qui s'observent après l'ablation des annexes, puissent jouer le rôle de menstrues: les règles ne persistent que si tout ou partie d'un ovaire est conservé et les métrorrhagies post-opératoires ne sont que la manifestation de la morbidité utérine. D'ailleurs cet utérus abandonné devient le siège d'une dégénérescence scléreuse qui porte sur tous les éléments et en particulier sur la muqueuse (1). Celle-ci est de ce fait prédisposée au plus haut degré à s'infecter et à provoquer des phénomènes aussi douloureux que ceux qui existaient avant la castration annexielle.

Lorsque l'extirpation bilatérale des annexes est indiquée, tout plaide donc en faveur de la castration totale: son pronostic immédiat est au moins aussi bénin que celui de l'intervention radicale partielle et ses suites éloignées en sont incomparablement meilleures.

(1) SASSIER, Th. de Paris, 1897.

Il n'y a qu'une circonstance dans laquelle le principe de la castration totale puisse à la rigueur se trouver en défaut : c'est lorsqu'il est possible de ménager un ovaire chez une femme jeune. Dans ce cas, ainsi que Lucas-Championnière (1) le recommande, le chirurgien doit s'efforcer de conserver l'utérus, afin d'éviter à son opérée les inconvénients d'une ménopause précoce. Nous avons pu dernièrement constater les bons effets de ce précepte conservateur : il s'agissait d'une malade, âgée de 30 ans, chez laquelle M. Richelot avait enlevé, il y a 20 mois, deux énormes pyo-salpinx et laissé l'utérus avec une partie de l'ovaire gauche : cette opérée souffrait bien encore un peu de son ventre et avait eu à deux reprises des métrorrhagies assez abondantes ; mais elle n'éprouvait par contre aucun des troubles signalés dans la ménopause chirurgicale et ressentait une satisfaction très vive de se voir encore réglée, bien qu'elle fut parfaitement fixée sur l'impossibilité d'une grossesse.

Quoi qu'il en soit, la castration totale étant décidée, nous devons chercher quelle est la voie la plus favorable pour pratiquer cette intervention. Tant que l'hystérectomie vaginale n'a eu à lutter que contre l'ovaro-salpingectomie abdominale, elle a facilement triomphé ; mais à l'heure actuelle il semble bien qu'elle doive à son tour céder le pas à la castration abdominale totale. Il n'est pas besoin, en effet, d'insister longuement sur les avantages incontestables de cette dernière : la possibilité de faire toujours une extirpation complète, de lier séparément les vaisseaux et d'éviter les pédicules douloureux, d'isoler la cavité péritonéale de l'excavation pelvienne, qui a contenu les collections purulentes sont autant de qualités qui font défaut à l'hystérectomie vaginale, et il suffit de comparer celles de nos observations qui ont trait à chacune de ces méthodes pour constater la supériorité évidente de la castration abdominale intégrale.

Mais devons-nous conclure de là que l'hystérectomie vaginale, qui fournit encore entre les mains de ses derniers défenseurs des résultats si remarquables, doit être complètement délaissée ? Nous ne le pensons pas ; nous croyons au contraire que le rôle de drainage idéal, que lui avait assigné primitivement Péan, lui est

(1) J.-L. CHAMPIONNIÈRE, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, séance du 29 juin 1898, t. XXIV, p. 717.

définitivement acquis, et qu'elle doit rester entre les mains du chirurgien la ressource suprême contre les cas désespérés de sup-puration pelvienne.

Salpingo-ovarites suppurées aiguës et compliquées. — Nous n'avons considéré dans ces dernières pages que les annexites bilatérales suppurées, évoluant sans fièvre et sans complications inflammatoires de voisinage. Il nous reste donc à apprécier le meilleur mode de traitement des salpingo-ovarites purulentes aiguës s'accompagnant de cellulite pelvienne ou de pelvi-péritonite.

Ici plus que jamais l'incision vaginale devra être pratiquée toutes les fois que le siège des lésions le permettra, et ce serait nous répéter que de faire valoir à nouveau les avantages de la méthode et la rareté de ses contre-indications.

Mais il peut arriver cependant qu'elle se trouve exceptionnellement en défaut par impossibilité soit d'atteindre sans danger les collections purulentes, soit de faire cesser des accidents aigus qui seront sous la dépendance de lésions trop étendues et trop complexes. La castration totale peut seule la suppléer et nous nous trouvons une seconde fois dans l'obligation de faire un choix entre la voie abdominale et la voie vaginale pour l'application de cette intervention radicale.

Pour résoudre cette dernière question, il est nécessaire de faire une distinction entre les cas ordinaires de salpingo-ovarites purulentes, en période inflammatoire aiguë et complexes, mais dans lesquels le chirurgien expérimenté a l'impression qu'il pourra toujours se rendre maître du pus, et ceux où l'abondance présumée de ce dernier et la disposition anatomique des foyers purulents ne lui permettent pas d'espérer une protection suffisante de la cavité péritonéale. Beaucoup nous accuseront peut-être d'établir ici une division en apparence subtile ; et cependant elle existe réellement dans la pratique, et nous pensons qu'il importe de ne pas la méconnaître si l'on ne veut s'exposer à des déboires à peu près certains ou être réduit à une abstention déplorable.

Je prends deux exemples pour me bien faire comprendre : voici une première malade, souffrant du bas-ventre depuis déjà des mois et souvent des années, qui a été prise, il y a peu de jours, d'une recrudescence de ses douleurs ; elle a une fièvre

moyenne, qui donne à cet épisode son cachet aigu, quelques vomissements, qui expriment la réaction du péritoine. L'examen local présente une certaine difficulté, car les douleurs sont vives et la malade se défend ; cependant, en procédant avec douceur et malgré un léger ballonnement du ventre, nous constatons que l'utérus est complètement immobilisé dans une gangue inflammatoire et qu'il est flanqué de deux masses annexielles, assez volumineuses, adhérentes, généralement très douloureuses, exceptionnellement indolentes ou peu sensibles ; l'ensemble forme une tumeur qui, enclavée par sa base dans l'excavation pelvienne, affleure ou déborde par sa partie la plus élevée le détroit supérieur, sur les confins duquel nous la sentons se perdre au milieu d'un magma confus d'anses intestinales et de franges épiploïques. Pour obéir sans coup férir au principe de l'évacuation du pus, nous tentons la colpotomie : nous ouvrons une, deux poches purulentes, les phénomènes généraux s'amendent pendant 48 heures, puis reprennent de plus belle ; notre intervention a été insuffisante, la septicémie va continuer ses progrès et l'hecticité ne tardera pas à s'installer si nous ne recourons à une méthode opératoire plus énergique.

Deuxième fait clinique plus grave, très grave : une femme, récemment accouchée, nous arrive avec des phénomènes généraux intenses, un teint fortement plombé, une température oscillant entre 39° et 40°, des sueurs abondantes, des vomissements, un état général très précaire ; l'utérus est refoulé plus ou moins vers la symphyse, les culs-de-sac vaginaux sont effacés, et, au travers d'un abdomen distendu, nous sentons cependant une tuméfaction rénitente, parfois fluctuante, qui s'élève jusqu'à deux ou trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. La colpotomie d'urgence donne issue à un flot de pus, qui provient généralement d'un foyer de pelvi-péritonite ; mais l'opérateur se rend compte que les annexes sont profondément atteintes, que le tissu cellulaire pelvien est envahi en totalité : le résultat opératoire est insignifiant, éphémère, il faut trouver mieux.

De ces deux cas, le premier est justiciable de l'hystérectomie abdominale, le second de l'hystérectomie vaginale.

Aux partisans de la voie vaginale, qui soutiendront que notre première malade ne doit pas être opérée par la voie haute, nous

dirons : vous auriez eu raison, il y a deux ou trois ans, de protester contre notre conduite opératoire, mais vous n'avez plus aujourd'hui gain de cause. L'hystérectomie abdominale, dans les conditions où se trouve cette malade, est une opération admirable ; sa technique est assez perfectionnée pour que l'opérateur puisse se défendre contre un pus peu abondant, qui est surtout contenu dans les trompes et dont la virulence est déjà très atténuée ; la castration abdominale n'est pas plus dangereuse que votre castration vaginale, elle l'est moins peut-être, car il n'est pas possible, comme dans votre procédé, que le tablier épiploïque ou les anses intestinales grêles viennent tremper, au cours de l'opération, dans le foyer septique. De plus, elle a sur votre hystérectomie vaginale l'avantage de ne rien laisser à l'aléa : tout est enlevé, l'hémostase est parfaite, l'excavation pelvienne est complètement évidée et nous pouvons, après assèchement complet de ses parois, la tamponner à l'aide de mèches de gaze qui, d'un côté, assureront le drainage vaginal, et, de l'autre, formeront un coussinet aseptique sur lequel viendra reposer la masse intestinale, lorsque nous replacerons notre opérée en position horizontale.

Mais si, en présence de notre deuxième malade, les intransigeants de la voie abdominale méprisent encore l'hystérectomie vaginale, nous leur demanderons ce qu'ils pourront bien tenter pour sauver cette existence, menacée à très brève échéance d'une mort certaine. Ils n'ouvriront pas le ventre, sûrs qu'ils sont d'assombrir leur statistique ; ils se contenteront d'une expectation résignée, alors que, s'ils le voulaient, ils pourraient peut-être accomplir une résurrection avec l'héroïque hystérectomie vaginale.

Je conclus : la castration vaginale doit, dans la très grande majorité des cas, céder le pas à la castration abdominale ; mais il faut cependant savoir qu'il est des circonstances particulièrement graves, où la colpotomie est impuissante et où la laparotomie serait à peu près sûrement mortelle, qui exigent encore la pratique de l'hystérectomie vaginale.

Salpingo-ovarites suppurées ouvertes dans une cavité voisine. — De tout ce qui précède, il est facile de déduire ce que nous pensons du traitement des collections pelviennes ouvertes

dans une des cavités du voisinage. Si l'état général de la malade nous laisse du temps, nous tenterons la guérison de ces fistules viscérales par une dérivation vaginale. Dans l'hypothèse contraire, ou en cas d'échec, nous aurons recours à la voie abdominale qui nous permettra de fermer la fistule en même temps que de supprimer la cause de tout le mal.

IV. — Tuberculose.

Si l'intervention chirurgicale n'est pas contre-indiquée, il n'est qu'une opération rationnelle : c'est la castration abdominale totale, qui a le double avantage de guérir la péritonite tuberculeuse si elle existe, et d'éviter la généralisation.

OBSERVATIONS

OBS. 1 (Due à l'obligeance de M. ROUTIER). — *Pelvi-péritonite suppurée. — Incision du cul-de-sac postérieur.* — M. B., domestique, 42 ans, entrée à l'hôpital Laënnec, salle Chassaignac, le 13 octobre 1889. Malade prise, trois jours avant son entrée à l'hôpital, à la fin de ses règles, de douleurs pelviennes aiguës et de vomissements.

Examen. — Pouls petit et fréquent, facies abdominal. T. 39°6. Ventre ballonné, douloureux, grosse tuméfaction sus-pubienne. Col utérin aplati derrière le pubis par une volumineuse collection, qui occupe le cul-de-sac postérieur.

Traitement. — Glace sur le ventre, purgatifs, injections vaginales : 21 octobre, fluctuation manifeste.

Opération. — Le même jour, ouverture du cul-de-sac postérieur qui donne issue à un demi-litre de pus d'odeur infecte.

Le doigt, introduit dans la plaie, sent les anses intestinales et les annexes formant par leur adhérence un dôme protecteur. Lavage du foyer à l'eau naphtolée et drainage à la gaze salolée ; tampons vaginaux à l'iodoforme.

23 octobre. — Ablation des tampons et des mèches, écoulement de pus fétide, bien que la température ne se soit plus élevée depuis le jour de l'intervention.

26. — Un drain en caoutchouc est introduit dans le foyer purulent.

12 novembre. — Guérison complète, plaie vaginale fermée.

Résultat éloigné. — La malade est revue le 22 novembre 1892. Elle est en parfait état de santé.

OBS. 2 (Due à l'obligeance de M. ROUTIER). — *Pelvi-péritonite suppurée. — Incision vaginale.* — M. T., ménagère, 33 ans, entrée le 3 septembre 1891 à l'hôpital Cochin, salle Boyer, n° 3. Menstruation régulière dès l'âge de 14 ans. En 1887, fausse couche de six semaines, qui tient la malade deux mois et demi au lit. Il y a deux mois, elle a été brusquement prise de douleurs très vives dans le ventre. Un médecin appelé constate l'existence d'une tuméfaction sur le côté droit de la cavité pelvienne. Repos au lit, amélioration, puis reprise des accidents douloureux, le 2 septembre, et entrée à l'hôpital le lendemain.

Examen. — Ventre ballonné, tuméfaction de la région hypogastrique. Col utérin petit, refoulé en haut, et en avant contre le pubis ; en ar-

rière et au-dessous du col, tumeur de la grosseur d'une orange, dure ou à peine rénitente, qui paraît avoir dédoublé la cloison.

Opération. — Le 8 septembre, incision transversale du vagin derrière l'utérus. L'opérateur crève successivement plusieurs poches contenant un pus épais et fétide ; mais il lui est difficile de se rendre compte s'il a rompu des collections intratubaires ou simplement péritonéales. Grand lavage, drainage et tamponnement du vagin.

Quelques semaines après, la suppuration ne tarissant pas et la malade s'affaiblissant, on fit l'hystérectomie vaginale.

Résultat éloigné. — Le 9 août 1892, l'opérée est revue en excellente santé.

Obs. 3 (Due à l'obligeance de M. ROUTIER). — *Paramétrite antérieure (Phlegmon de la gaine hypogastrique).* — Incision vaginale. — A. G., 23 ans, entrée le 7 octobre 1891 à l'hôpital Cochin. Menstruation régulière à partir de 14 ans. A 18 ans, accouchement suivi de pelvi-péritonite ; à 19 ans, autre accouchement dont la malade est très longue à se remettre. En juillet dernier, fausse couche de 6 semaines, suivie de douleurs pelviennes très vives : la malade n'a pas quitté le lit jusqu'à son entrée à l'hôpital.

Examen. — Femme pâle, extrêmement maigre. Abdomen plat, tuméfaction en plastron à gauche. Utérus immobilisé ; le cul-de-sac postérieur est libre, mais en avant on perçoit une tuméfaction qui se continue en arrière et à gauche.

Opération. — Incision du cul-de-sac-postérieur, le 14 octobre. L'utérus ne s'abaisse pas. Par le toucher à travers la plaie vaginale, l'opérateur constate que le petit bassin est libre, la face postérieure de l'utérus lisse, les annexes saines et mobiles. Il pratique alors une incision précervicale, commence à décoller la vessie et tombe dans un foyer d'où sortent du pus et des fongosités. Curettage et drainage du foyer.

Résultat éloigné. — L'opérée est revue en août 1892. Il paraît que, depuis l'intervention qu'elle a subie, la malade a, tous les mois environ, un gros abcès qui s'ouvre tantôt dans le rectum, tantôt dans la vessie. L'examen ne permet de reconnaître que l'immobilisation de l'utérus. L'opérée revient le 3 septembre. A ce moment on sent, au point où avait été pratiquée l'incision vaginale antérieure, une tuméfaction douloureuse. Une nouvelle intervention est proposée à la malade qui est prise de peur et s'en va.

Obs. 4 (Due à l'obligeance de M. ROUTIER). — *Salpingo-ovarite.* — *Abcès rétro-utérin.* — Incision vaginale. — M. G., 40 ans. Généralement bien réglée. A eu, il y a 4 ans, une poussée de pelvi-péritonite ; depuis cette époque la malade a toujours conservé quelques douleurs pelviennes.

Le 14 octobre 1891. — En rentrant d'un bal, la malade est prise d'une douleur très vive dans le ventre, avec nausées et vomissements. Les règles, qui avaient cessé depuis huit jours, reparaissent et ne s'arrêtent que le 25 octobre.

Examen. — Fièvre, ventre ballonné, plastron abdominal du côté gauche. Utérus plaqué contre le pubis par une masse rénitente qui occupe les culs-de-sac latéraux et postérieur.

Opération. — Le 29, incision transversale du cul-de-sac postérieur. Premier abcès dans la base du ligament large gauche, puis sensation de tumeur, lisse et arrondie, à droite de l'utérus, grosse comme une tête de fœtus. L'opérateur la rompt avec le doigt ; il s'en écoule une grande quantité de pus très fétide. Les annexes gauches forment une masse dure et adhérente à la paroi pelvienne. Lavage, drainage, tamponnement du vagin.

Le 31. — Pansement.

Le 2 novembre. — T. 37°, mais la langue est encore mauvaise et le ventre sensible. Deuxième pansement.

Le 27. — Vomissements, frissons, température élevée. Utérus complètement immobilisé, grosse tuméfaction à gauche, montant jusqu'à l'ombilic.

Le 28. — Agrandissement de l'ouverture vaginale et rupture à grand'peine de la nouvelle collection.

Le 8 décembre. — La malade va beaucoup mieux.

Résultat éloigné. — En avril 1893, la malade, rendant toujours du pus, subit l'hystérectomie vaginale.

Obs. 5 (Due à l'obligeance de M. ROUTIER). — *Salpingite purulente.* — *Incision vaginale.* — M. L., femme de chambre, 23 ans, entrée le 22 juillet 1892 à l'hôpital Beaujon. La malade souffrait déjà du ventre depuis quelque temps, lorsqu'il y a 3 semaines elle fut prise, à la fin de la période menstruelle, d'une douleur subite dans le bas-ventre.

Examen. — Utérus peu mobile. A droite, tumeur dure, remontant sous la paroi abdominale jusqu'à l'ombilic. Annexes gauches adhérentes.

Opération. — Le 29 juillet, incision du cul-de-sac rétro-utérin. L'opérateur est dans l'abdomen : il tâte la face postérieure de l'utérus, les annexes gauches, peu malades, mais adhérentes, et sent, à droite, une tumeur qui fuit sous le doigt, grosse comme les deux poings. D'une main, il la fixe par la pression abdominale et de l'autre la crève par le vagin. Flot de pus phlegmoneux, lavage, drainage, tamponnement.

Résultat éloigné. — L'opérée revient le 24 septembre : l'utérus est mobile ; il reste à droite une masse dure, vestige de l'abcès.

L'opérée est revue le 28 décembre 1893, plus de 3 ans après l'intervention ; elle ne souffre plus du ventre, est très bien réglée, mais se plaint de l'estomac.

OBS. 6 (Due à l'obligeance de M. ROUTIER). — *Pelvi-péritonite suppurée. — Incision vaginale.* — M. L., 23 ans, opérée en février 1893, bien réglée depuis l'âge de 15 ans. Jamais de grossesse, bonne santé habituelle. Il y a 4 ans, la malade aurait été prise de douleurs pelviennes très vives, qui se seraient terminées par la formation d'un abcès ouvert spontanément dans le rectum.

La malade a eu ses dernières règles le 5 janvier. Vers le 15, elle a eu une légère perte, suivie bientôt de douleurs violentes dans le bas-ventre. Le 28 janvier, elle n'a eu ni garde-robes ni gaz depuis 48 heures.

Examen. — Le ventre est ballonné, douloureux à la pression, surtout à droite; la malade vomit tout ce qu'elle prend, la langue est sèche, le pouls filiforme, le facies péritonéal. Au toucher: col de nullipare, plaqué contre la paroi gauche du pelvis par une volumineuse et douloureuse tuméfaction qui occupe le cul-de-sac latéral droit.

Traitement. — Glace, diète absolue, lavement purgatif. Après une amélioration notable, les accidents réapparaissent le 11 février, avec maximum de la douleur cette fois à gauche; il existe d'ailleurs une zone mate et pseudo-fluctuante au niveau de la fosse iliaque gauche.

Le 12 février, incision du cul-de-sac postérieur. Issue d'un litre et demi environ d'un pus très fétide. Le doigt, introduit dans la plaie, ouvre encore une ou deux poches purulentes; il perçoit facilement la face postérieure de l'utérus, mais ne peut délimiter les annexes perdues dans les adhérences, lavage, drainage. L'opérée reprend sa vie accoutumée le 13 mai.

Résultat éloigné. — Le 30 septembre 1897, après un retard des règles, la malade est prise de vives douleurs dans le bas-ventre. L'utérus est mobile, mais gros et lourd, et les annexes gauches sont empâtées et très douloureuses. Cette crise cède à un traitement purement médical.

OBS. 7 (Due à l'obligeance de M. ROUTIER). — *Hématocèle suppurée. — Incision du cul-de-sac postérieur.* — F. P., mécanicienne, 38 ans, entrée le 8 janvier 1894 à l'hôpital Necker, pavillon Nélaton. Régliée à 15 ans, jamais de grossesse. Les règles, autrefois abondantes, le sont beaucoup moins depuis 10 ans.

Il y a 6 semaines, la malade a pris froid, au milieu de l'époque menstruelle: douleurs abdominales violentes, fièvre vive, vomissements.

Examen. — Col utérin refoulé derrière le pubis; culs-de-sac latéraux libres: tuméfaction douloureuse dans le cul-de-sac postérieur.

Opération. — Incision du cul-de-sac postérieur, le 11 janvier. Issue de pus et de gros caillots noirs et couleur de chair. Lavage, drainage.

Résultat éloigné. — L'opérée revient le 13 février 1895, se plaignant de perdre du pus. Il s'écoule, en effet, du col utérin, qui a un orifice punctiforme, un liquide séro-purulent. En arrière de l'utérus, existe une masse qui paraît être un nouvel abcès. Incision.

En 1896, laparotomie pour kyste du ligament large.

Obs. 8 (Due à l'obligeance de M. ROUTIER). — *Salpingites suppurées*. — Deux incisions successives du cul-de-sac postérieur. — L. P., 47 ans, entrée le 18 avril 1894 à l'hôpital Necker, salle Foucher, n° 26. Réglée à 15 ans. Jamais de grossesse. Deux attaques de pelvipéritonite : la première remonte à 16 ans, la deuxième à 8 ans. Bonne santé dans l'intervalle et jusque dans ces derniers temps, mais impossibilité pour la malade de supporter la moindre fatigue.

Il y a 6 semaines, troisième attaque de péritonite qui met les jours de la malade en danger.

Examen. — Utérus peu mobile. A droite, tumeur grosse comme les deux poings, pseudo-fluctuante.

Opération. — Le 19 avril, incision rétro-utérine et ouverture directe de la collection : issue d'un demi-litre de pus phlegmoneux. Plusieurs petites poches purulentes sont crevées avec le doigt. Lavage, drainage, tamponnement.

22. — Ablation du drain, qui est remplacé par une mèche.

25. — La malade, se croyant guérie, quitte l'hôpital.

12 juin. — Elle revient avec 39° et de violentes douleurs. On sent, cette fois du côté gauche, une grosse tumeur fluctuante. Il s'écoule du pus par l'incision faite antérieurement et qui est restée fistuleuse.

13. — Nouvelle incision du cul-de-sac postérieur. Ouverture d'une poche purulente, développée aux dépens soit de la trompe, soit de l'ovaire gauche.

30. — Tout est cicatrisé.

Résultat éloigné. — L'opérée revient le 8 août 1895 pour une bartholinite suppurée. Elle ne souffre plus du ventre.

Obs. 9 (Due à l'obligeance de M. ROUTIER). — *Double pyosalpinx*. — Incision vaginale. — A. M., 24 ans, domestique, entrée le 13 juin 1894 à l'hôpital Necker, salle Foucher, n° 3. Bien réglée depuis l'âge de 16 ans. Il y a deux mois, fausse couche de six semaines. La malade souffrait du ventre depuis déjà quelque temps ; mais les douleurs sont devenues beaucoup plus vives à la suite de cet accident.

Examen. — Douleurs des deux côtés avec prédominance à droite. Toute le petit bassin est occupé par une tuméfaction rénitente, qui déborde dans la fausse iliaque droite. L'utérus est refoulé en avant et un peu à gauche. La palpation bimanuelle attentive permet de distinguer deux masses annexielles indépendantes dans la tuméfaction générale qui occupe la cavité pelvienne.

Opération. — Le 19 juin, incision du cul-de-sac postérieur. Ouverture de deux poches purulentes, contenant chacune un verre de pus. Lavage, drainage et tamponnement.

26. — Suppression des drains.

7 juillet. — L'incision est presque cicatrisée ; l'utérus est immobile et de chaque côté on sent les annexes fortement indurées.

Résultat éloigné. — La malade revient le 4 décembre 1897, se plaignant à nouveau de douleurs dans le bas-ventre. On trouve en arrière de l'utérus une tumeur douloureuse, de la grosseur d'un œuf, quasi-fluctuante. Au bout de quelques jours de repos cette tumeur s'efface peu à peu et disparaît. La malade ne souffre plus, mais à sa sortie de l'hôpital on sent encore à gauche un gros paquet annexiel du volume d'une orange, se prolongeant en arrière de l'utérus.

Obs. 10 (Due à l'obligeance de M. ROUTIER). — *Pelvi-péritonite suppurée.* — *Incision vaginale.* — C. M., 24 ans, opérée le 5 novembre 1894, Un enfant, il y a 6 ans ; une fausse couche, il y a 2 ans. A été soignée de salpingite par le massage par Stapfer. A été prise, 15 jours avant l'opération, de violentes douleurs dans l'abdomen : fièvre, frissons, vomissements.

Examen. — Le ventre est souple, sauf du côté gauche, siège de la salpingite antérieurement diagnostiquée. On sent au niveau de la fosse iliaque gauche une tuméfaction qui va de l'aîne à mi-chemin de l'ombilic. Utérus porté à droite, débordé en arrière et à gauche par une tumeur fluctuante, très douloureuse. T. 39°. Pouls 130.

Opération. — Le 5 novembre, incision à gauche et en arrière du col ; flot de pus infect, issue de grumeaux caséeux. Lavage, deux gros drains dans le foyer, tamponnement.

6. — T. 37°. Pouls 78.

16. — Ablation d'un drain.

19. — Ablation de l'autre drain.

23. — On sent à gauche par le palper combiné une masse dure, mais la source du pus est tarie.

Résultat éloigné. — En décembre 1895, signes évidents de salpingite gauche aiguë ; mais la malade se refuse à toute intervention.

Obs. 11 (Due à l'obligeance de M. ROUTIER). — *Pelvi-péritonite et salpingites suppurées.* — *Incision du cul-de-sac postérieur.* — A. G., domestique 25 ans, entrée à l'hôpital Necker, le 2 janvier 1895. Réglée à 18 ans. A 24 ans, fausse couche de 3 mois, pertes de sang et douleurs à gauche. Il y a 3 semaines, nouvelle métrorrhagie et douleurs pelviennes très vives du côté gauche. Malade alitée depuis 10 jours.

Examen. — Utérus refoulé en avant et à droite par une volumineuse tuméfaction occupant les culs-de-sac gauche et postérieur.

Opération. — Incision du cul-de-sac postérieur, le 3 janvier. Issue de pus, puis poche volumineuse à gauche, crevée avec le doigt, et d'où s'écoule un pus franchement phlegmoneux.

Résultat éloigné. — Revient le 14 juin pour des pertes de sang. Utérus mobile ; en arrière et à droite, paquet annexiel douloureux. Le 20 mai, cinq jours après les règles, forte perte de sang avec caillots. Le 11 décembre, retard de règles, pertes blanches abondantes, malaise brusque,

État nauséux, vives douleurs pelviennes. T. 39°. Les culs-de-sac latéraux sont empâtés, surtout le gauche. Nouvelle incision du cul-de-sac postérieur : flot de pus et de liquide séreux.

En janvier 1898, l'opérée revient, se plaignant de pertes blanches abondantes et craignant que son mari ne l'ait rendue malade. L'utérus est mobile et il ne reste qu'une légère induration dans le cul-de-sac latéral gauche.

Obs. 1. (Due à l'obligeance de M. ROUTIER. — *Gros abcès rétro-utérin.* — *Incision vaginale.* — M. R., cuisinière, 40 ans, entrée à l'hôpital Necker, le 8 février 1895. Réglée à 16 ans. Première grossesse à 30 ans. Application de forceps, signes de péritonite. Deux autres accouchements, à 34 et à 37 ans. Il y a 3 semaines, les règles arrivaient avec 15 jours de retard, douleurs pelviennes, nausées, céphalalgie. Ténésme rectal très douloureux depuis deux jours.

Examen. — Température 39°. Poulx 90. Langue sèche. Grosse masse remontant jusqu'à l'ombilic, surtout développée à droite; col plaqué derrière le pubis : volumineuse collection en arrière de l'utérus.

Operation. — Le 9 février, incision du cul-de-sac postérieur. Issue d'un litre au moins de pus extrêmement fétide. Grand lavage, deux gros drains dans le foyer, mèches de gaze iodoformée.

Résultat éloigné. — L'opérée revient 4 ans après, souffrant un peu du ventre et craignant de retomber aussi malade qu'auparavant; mais, à part une induration indolente dans le cul-de-sac postérieur, on ne trouve rien. Repos et injection.

Obs. 12. (Due à l'obligeance de M. ROUTIER). — *Suppuration pelvienne.* — *Incision vaginale.* — L. P., 30 ans, entrée à l'hôpital Necker, le 2 avril 1895, salle Foucher, n° 20. Réglée à 14 ans et demie. Accouchement normal à 25 ans. Douleurs pelviennes depuis 6 mois. Dernières règles sans retard le 6 mars.

Il y a 15 jours, la malade a éprouvé des douleurs très vives dans le bas-ventre, qui l'ont obligée à s'aliter. Au bout de 5 jours, elle perd du sang en abondance, par caillots.

Examen. — Température 39°. La paroi vaginale est comme œdémateuse et gonflée, séparée qu'elle est du rectum par une collection liquide. Le col est repoussé très haut derrière le pubis. Par la palpation, on sent une tuméfaction médiane qui monte jusqu'à 3 travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Operation. — Incision du cul-de-sac postérieur, le 3 avril. Issue d'un demi-litre de pus. Drainage et tamponnement.

12 avril. — Suppression du drain.

19. — La malade se lève.

Résultat éloigné. — 4 mai 1899 : utérus mobile; annexes en médiocre état; on sent comme une noix dans le cul-de-sac postérieur. Pas

d'intervention nettement indiquée, car la malade ne souffre pas, suffisamment pour la désirer.

OBS. 14 (Due à l'obligeance de M. ROUTIER). — *Pelvi-péritonite suppurée. — Incision vaginale.* — M. B., 35 ans, entrée à l'hôpital Necker, salle Foucher, n° 20, le 20 juillet 1895. Menstruation régulière dès l'âge de 14 ans. Deux accouchements normaux : l'un à 20 ans, l'autre à 21 ans. Début des douleurs abdominales, il y a 5 ans : à cette époque, le médecin de la malade aurait senti une boule (?) par le toucher. Depuis 3 ans, les règles sont plus fréquentes que normalement. Il y a 6 mois, menstruation irrégulière, seins douloureux, puis pertes de sang.

Examen. — Gros utérus immobilisé ; en arrière et sur les côtés grosses masses pseudo-fluctuantes.

Opération. — Le 23 juillet, incision rétro-utérine qui donne issue à un demi-litre d'un liquide séro-purulent. Dans le foyer, ainsi ouvert, on sent deux grosses masses annexielles. Lavage, drainage, tamponnement.

Résultat éloigné. — L'opérée est revue le 11 mars 1899. Elle va parfaitement bien du côté de son appareil génital et vient pour une supputation sous-unguéale du pouce gauche, consécutive à une piqûre d'aiguille. Ablation de l'ongle, pansement sec.

OBS. 15 (Due à l'obligeance de M. ROUTIER). — *Gros abcès rétro-utérin. — Hydrosalpinx. — Incision du cul-de-sac postérieur.* — B. A., 34 ans, entrée à l'hôpital Necker, le 14 janvier 1896. Menstruation régulière dès l'âge de 12 ans et demi. Deux accouchements normaux, le dernier il y a 8 ans. La malade, qui ne devait avoir ses règles que le 20 janvier, a été prise le 13 d'une perte de sang avec douleurs très vives dans les reins.

Examen. — Utérus immobilisé. Enorme tumeur fluctuante dans le cul-de-sac postérieur ; masses annexielles dans les culs-de-sac latéraux.

Opération. — Incision du cul-de-sac postérieur le 17 janvier. Issue d'un demi-litre de pus. Le doigt pénètre dans un foyer limité par la face postérieure de l'utérus, les parois pelviennes et les annexes, adhérentes à l'intestin. La trompe gauche est très distendue ; aussi, après un lavage soigné, le doigt crève la poche tubaire, de laquelle s'écoule une sérosité roussâtre.

27 janvier. — La malade a eu sans cause apparente une violente douleur, irradiée vers le rein gauche, et de la fièvre ; T. 38°8. Ces accidents se sont accompagnés de vomissements verdâtres.

3 février. — Tous ces symptômes ont disparu et la malade se sent très bien.

5. — Ablation des drains et des mèches.

10. — L'utérus est mobile, mais les annexes gauches sont encore enflammées et un peu sensibles.

Résultat éloigné. — Le 30 janvier 1898, l'opérée revient pour quelques douleurs pelviennes siégeant toujours à gauche. Induration des annexes de ce côté.

Obs. 16 (Due à l'obligeance de M. ROUTIER). — *Suppuration pelvienne.* — *Incision vaginale.* — F. T., 27 ans, entrée le 12 mars 1896 à l'hôpital Necker. Réglée à 14 ans. N'a jamais eu de grossesse. Il y a 6 ans, la malade a eu des pertes verdâtres abondantes, des accidents d'uréthro-cystite et des douleurs pelviennes qui l'ont tenue 2 mois au lit. Depuis 5 semaines, elle souffre beaucoup, surtout du côté gauche.

Examen. — Utérus refoulé en avant et à droite. Masse volumineuse dans le cul-de-sac gauche et se prolongeant en arrière.

Opération. — Incision du cul-de-sac postérieur, le 28 mars. Grosse tumeur dure à gauche, crevée péniblement avec le doigt : issue d'un pus verdâtre.

Résultat éloigné. — La malade revient en 1898 avec des accidents pelviens aigus.

Obs. 17 (Due à l'obligeance de M. ROUTIER). — *Salpingo-ovarite suppurée.* — *Incision vaginale.* — C. P., 44 ans, employée, entrée à l'hôpital Necker, le 23 mars 1896. Réglée à 14 ans. Fausse couche de 3 mois à 24 ans. Accouchement à terme à 26 ans. Deuxième fausse couche à 29 ans. La malade souffre du ventre depuis cette époque. Elle a beaucoup maigri durant les trois dernières années.

Il y a 15 jours, à la suite de la période menstruelle, moins longue que de coutume, la malade a été prise d'une violente douleur dans le bas-ventre. Ténésme rectal.

Examen. — Gros col utérin repoussé en avant ; volumineuse masse annexielle à droite et en arrière ; empâtement du cul-de sac gauche.

Opération. — Le 24 mars, incision du cul-de-sac postérieur. Issue d'un verre de sérosité jaunâtre. Ouverture avec le doigt d'une collection suppurée à droite.

29. — Ablation des drains.

10 avril. — Utérus mobile, petite induration indolente en arrière et à droite.

Résultat éloigné. — Opérée revue le 28 janvier 1897. Santé parfaite.

Obs. 18 (Due à l'obligeance de M. ROUTIER). — *Pyosalpinx.* — *Incision du cul-de-sac postérieur.* — M. H., femme de ménage, 25 ans, entrée à l'hôpital Necker, le 1^{er} juillet 1896. A fait une fausse couche il y a 6 ans. Accouchement normal 2 ans après. La malade souffre du ventre depuis 2 ans environ : à cette époque, ses règles s'arrêtèrent un jour brusquement, et, depuis cet accident, elles ne durent plus que 4 jours au lieu de 8.

Examen. — La malade perd du pus par le vagin. Le col est gros, l'u-

térus. antéfléchi. On sent dans le cul-de-sac droit une grosse masse annexielle, qui est alternativement plus grosse ou plus petite suivant l'abondance de l'écoulement du pus par l'utérus.

Opération. — Incision du cul-de-sac postérieur le 30 juillet. Le doigt, introduit dans la plaie vaginale, va reconnaître l'existence d'une collection tubaire à droite et la crève avec peine. Issue de pus. Drainage.

Résultat éloigné. — L'opérée, revue dans les premiers jours de 1899, se porte parfaitement.

Obs. 19 (Due à l'obligeance de M. ROUTIER). — *Volumineux abcès rétro-utérin.* — *Incision vaginale.* — *Mort.* — M. G., blanchisseuse, 48 ans, bien réglée dès l'âge du 12 ans; a eu 5 enfants, le dernier il y a 25 ans. Depuis 2 ans, pertes abondantes de sang, avec caillots. Dernière métrorrhagie le 1^{er} novembre 1896 : vives douleurs, fièvre, température 38° à 39°. Entre à l'hôpital Necker le 16 novembre.

Examen. — Masse douloureuse, à fluctuation obscure, dans les culs-de-sac droit et postérieur. Utérus immobilisé, refoulé en avant et à gauche.

Opération. — Incision du cul-de-sac postérieur le 18 novembre. L'opérateur pénètre dans la cavité péritonéale et crève avec le doigt une poche, qui donne issue à 500 grammes environ d'un pus fétide. Pendant ces manœuvres 2 grandes franges épiploïques rebelles viennent s'engager continuellement entre les lèvres de la plaie vaginale; drainage. Décès dans la nuit du 20 novembre.

Obs. 20 (Due à l'obligeance de M. ROUTIER). — *Pyosalpinx.* — *Incision vaginale.* — *Hémorrhagie.* — *Laparotomie.* — E. M., infirmière, 36 ans, entrée à l'hôpital Necker, pavillon Nélaton, le 18 novembre 1896. Réglée à 13 ans, accouchement normal à 24 ans.

Malade prise, il y a 15 jours, d'une violente douleur du côté droit avec vomissements. Huit jours après, nouvelle crise avec douleur localisée cette fois du côté gauche.

Examen. — Gros col utérin, dévié en avant et à droite par une tumeur douloureuse et fluctuante située en arrière et à gauche.

Opération. — Le 26 novembre, incision du cul-de-sac postérieur. On aperçoit la trompe gauche, qui est saisie avec une pince, se rompt et donne issue à un flot de pus. Essai d'extirpation, déchirure de la trompe, hémorrhagie que ne peut arrêter le tamponnement. Alors laparotomie, ligature de l'utéro-ovarienne et de l'utérine gauche, après extirpation du moignon tubaire, drainage vaginal.

Résultat éloigné. — 30 mars 1898. L'opérée ne souffre plus et est très bien réglée.

Obs. 21 (Due à l'obligeance de M. ROUTIER). — *Fibrome.* — *Gros abcès rétro-utérin.* — *Incision vaginale.* — *Curettage de l'utérus.* — S. A.,

religieuse, 43 ans, opérée le 29 décembre 1896. Ablation du sein gauche en 1895. Métrorrhagies continuelles depuis 2 ans ; pertes très considérables dans les 3 derniers mois. La malade est prise, le 24 décembre, d'une douleur très vive dans le bas-ventre : l'abdomen se météorise T. 39°.

Examen. — Malade très anémiée. Tuméfaction du ventre qui remonte jusqu'à l'ombilic et est surtout accusée du côté gauche. Le col est tout à fait repoussé à droite et en avant. Le corps utérin est très volumineux et l'hystéromètre pénètre de 14 centimètres dans sa cavité. Le fonds de l'utérus se confond avec l'énorme collection qui occupe le flanc gauche et déprime les culs-de-sac postérieur et latéral gauche. Etat général précaire. T. 39°2.

Opération. — Incision du cul-de-sac postérieur, le 29 décembre, et curettage de l'utérus. On ne peut songer, en effet, à une intervention plus radicale pour le moment : il s'agit simplement d'arrêter les métrorrhagies et de donner issue au pus.

5 janvier 1897. — Phlébite de la jambe gauche.

13. — Phlébite de la jambe droite.

11 avril. — Les règles qui, en janvier, février et mars ont été normales, recommencent à devenir trop abondantes.

Résultat éloigné. — En février 1899, la malade a de nouveau des pertes considérables, qui ont commencé à reparaitre en octobre. Hystérectomie abdominale totale dans les premiers jours de mars. Adhérences des annexes gauches. Guérison sans incident.

OBS. 22 (Due à l'obligeance de M. ROUTIER). — *Gros abcès rétro-utérin.* — *Incision vaginale.* — M. B., couturière, 25 ans, entrée à l'hôpital Necker, le 17 février 1897. Réglée à 13 ans. Mariée à 19 ans. Accouchement normal à 20 ans. Fausse couche de 4 mois, il y a 2 ans. Le 6 février, la malade est prise, au milieu de ses règles, qui s'arrêtent, d'une violente douleur abdominale qui l'oblige à garder le lit. Le jour de son entrée à l'hôpital la malade a une forte perte avec douleurs expulsives.

Examen. — Col utérin repoussé et immobilisé derrière la symphyse. Grosse tuméfaction rénitente dans le cul-de-sac postérieur.

Opération. — Le 20 février, curettage, qui amène quelques fongosités, et incision du cul-de-sac postérieur. Flot de pus. Lavage et drainage.

Résultat éloigné. — L'opérée revient le 9 février 1899. L'utérus est mobile, en bonne position. Les annexes gauches sont un peu épaisses. Celles du côté droit semblent saines.

OBS. 23 (Due à l'obligeance de M. ROUTIER). — *Abcès rétro-utérin.* *Incision vaginale.* — A. C., domestique, 23 ans, entrée à l'hôpital Necker, le 21 janvier 1898. Habituellement bien réglée. Dernière époque menstruelle du 12 au 16 janvier. Le dernier jour, arrêt subit, douleur très violente dans tout le ventre, nausées.

Examen. — Ventre douloureux, ballonné ; diarrhée. Utérus collé au pubis par une masse fluctuante qui remplit le Douglas.

Opération. — Incision du cul-de-sac postérieur le 25 janvier. Issue d'un demi-litre de pus sans odeur.

2 février. — Ablation des drains.

7. — Perd du pus en abondance. Tuméfaction rétro-utérine encore volumineuse. Nouveau drainage. Le doigt introduit dans le foyer perçoit des masses dures qui paraissent être les annexes.

14 mars. — La malade n'a plus, depuis plusieurs jours, ni drains, ni mèches, elle ne souffre plus du tout. L'utérus est encore fixé, mais il n'y a plus de masse appréciable par le toucher.

Résultat éloigné. — La malade revient le 29 mai 1899, l'utérus est peu mobile ; on sent en arrière et à gauche une masse fluctuante. La malade se refuse à toute intervention.

14 juin. — Il n'y a plus que deux paquets annexiels peu volumineux et presque indolents, la malade quitte l'hôpital.

Obs. 24 (personnelle). — *Phlegmon de la gaine hypogastrique.* — *Incision du cul-de sac postérieur.* — *Incision du cul-de-sac antérieur.* — M. G., ménagère, âgé de 20 ans, entrée à l'hôpital Necker, le 15 juillet 1899. Régée à 14 ans. Accouchement à terme le 8 juillet 1899 ; trois jours après, douleurs très vives dans le bas-ventre, frissons, fièvre, vomissements. T. 39° 4, le jour de l'entrée à l'hôpital. Etat général très grave.

Examen. — L'utérus est perdu avec les annexes au milieu d'une gangue inflammatoire très douloureuse. Une curette, introduite dans la cavité utérine, ramène des restes de membranes puriformes. Pas de curettage, mais très grand lavage intra-utérin : 20 litres d'eau bouillie. Tamponnement de la cavité utérine avec de la gaze aseptique.

16 juillet. — Nouveau lavage intra-utérin ; un gros drain est laissé dans la cavité utérine. T. 37° 4.

19. — T. 40° dans la soirée. Lavage immédiat. Le lendemain matin, la température retombe à 38° 4.

21. — T. 40° 6. Lavage intra-utérin, quinine.

22. — T. 37° 2.

Oscillations de la température entre 37° et 39° jusqu'au 10 août. A ce moment, les signes physiques sont plus nets : la gangue inflammatoire péri-utérine a disparu, mais il persiste à gauche une induration du cul-de-sac latéral, qui gagne peu à peu en haut et d'arrière en avant. On sent au-dessus de l'arcade de Fallope une tuméfaction commençante qui fait tous les jours des progrès. On assiste ainsi au développement très net d'un phlegmon de la gaine hypogastrique gauche. L'état général est un peu meilleur, cependant la malade a toujours un teint plombé qui prouve une infection profonde et généralisée.

Opération. — Incision du cul-de-sac postérieur, le 10 août. On entre

d'emblée dans la cavité péritonéale et ce n'est qu'ensuite que le foyer purulent est ouvert : le pus, pour s'écouler, traverse donc la partie la plus déclive de la cavité péritonéale. Drainage à l'aide de mèches de gaz iodoformée et de deux gros drains.

12 août. — La température ne dépasse pas 38° ; mais l'état général est mauvais, vomissements verdâtres, ballonnement du ventre, pouls rapide. La malade fait de la péritonite. Injection d'un litre de sérum.

13. — Les signes de péritonite s'amendent, mais le thermomètre remonte dans la soirée à 39°2.

La température oscille entre 38° et 39°5, jusqu'au 18 août. L'état général laisse toujours beaucoup à désirer et la malade s'affaiblit de plus en plus, malgré les injections répétées de sérum.

18. — Incision du cul-de-sac antérieur, demi-circulaire antérieure sur le col utérin, comme dans le premier temps de l'hystérectomie, décollement de la vessie ; mais à peine ce décollement est-il amorcé qu'un flot de pus s'échappe de la partie gauche du paramétrium, alors que les drains placés dans le cul-de-sac postérieur ne donnaient plus lieu qu'à un écoulement insignifiant. Grand lavage prolongé du foyer purulent, drainage à l'aide de mèches de gaze et de deux gros drains.

La température descend en deux jours à 36°7. Mais apparition d'ictère, de subdelirium. Le pronostic reste très réservé jusqu'au 27 août. A cette date tous les phénomènes s'amendent et l'on sent que la malade a triomphé de l'infection. Les drains, placés dans le cul-de-sac antérieur, tombent spontanément le 29 août.

31. — La malade quitte l'hôpital, elle est en pleine convalescence, mais se trouve encore très affaiblie. On la transporte chez elle dans une ambulance.

Examen à la sortie. — La plaie du cul-de-sac postérieur est cicatrisée, par l'incision antérieure s'écoule encore du pus en abondance. Le cul-de-sac latéral gauche est encore induré.

Obs. 25 (personnelle). — *Pyosalpinx. — Incision vaginale.* — E. H., 27 ans, blanchisseuse, entrée salle Foucher, à l'hôpital Necker, le 9 août 1899. Régliée à 16 ans. Souffre du ventre depuis sa première époque menstruelle. Se présente à l'âge de 18 ans, à l'hôpital Lariboisière, où l'on porte le diagnostic de salpingite gauche. Il y a 2 ans, quinze jours après ses règles, la malade est prise de pertes de sang abondantes ; conduite à l'hôpital Broussais, elle se sauve de crainte d'une opération. Elle revient à deux ou trois reprises dans cet hôpital où on la traite par des soins médicaux. A la fin de la dernière période menstruelle, la malade a ressenti de violentes douleurs dans le bas-ventre, particulièrement du côté droit et a eu quelques vomissements.

Examen. — T. 39°6. Grosse collection au niveau du cul-de-sac latéral droit. Sensibilité exquise. Pertes blanches très abondantes.

Traitement. — Glace sur le ventre, grandes injections. La température descend à 37°2, mais remonte le deuxième jour à 39°, puis le lendemain à 39°6.

14 août. — Incision demi-circulaire sur la lèvre postérieure du col. Le cul-de-sac péritonéal n'est pas ouvert. On va à travers le tissu cellulaire de la base du ligament large droit, lardacé, présentant une épaisseur de 3 à 4 centimètres, chercher une poche fluctuante très haut située et qui n'est autre que la trompe droite. Ouverture de la collection à l'aide d'une pince porte-éponge, qui est retirée les branches écartées. Issue d'un flot de pus. Lavage très abondant du foyer à l'eau bouillie. Drainage à l'aide de deux gros drains et de deux mèches de gaz iodoformée. Mèches et drains sont retirés le 24 août. Depuis le jour de l'intervention, la température n'a pas dépassé 37°3.

Examen à la sortie. — La malade quitte prématurément l'hôpital le 26 août. Elle ne ressent plus la moindre douleur, mais on perçoit une induration dans le cul-de-sac latéral droit.

OBS. 26 (Due à l'obligeance de M. ROUTIER). — *Salpingo-ovarite purulente.* — *Laparotomie.* — A. M., couturière, 28 ans, entrée le 1^{er} juillet 1887 à la Salpêtrière, salle Lallemand, n° 43. Réglée à 14 ans. Dysménorrhée à 17 ans : violentes douleurs au moment des règles et pertes de sang avec caillots. Mariée à 22 ans. Accouchement laborieux l'année suivante ; abcès du sein. Trois mois après, début de douleurs pelviennes, miction douloureuse, leucorrhée. Il y a 3 ans, crise menstruelle des plus violentes, vomissements et issue de pus par le vagin. En juin 1886, crise semblable à la précédente. En juin 1887, nouvelle poussée inflammatoire, caractérisée par de vives douleurs abdominales et des vomissements.

Examen. — Sensation de résistance dans le flanc droit. Utérus assez mobile ; cul-de-sac latéral gauche libre ; à droite, sensation de tuméfaction faisant corps avec l'utérus et mobile avec cet organe. Du pus s'écoule en abondance par le col utérin.

Opération. — Laparotomie le 26 juillet. Extirpation bilatérale des annexes : pyosalpinx à droite, hydrosalpinx à gauche. Drainage pendant 48 heures. Abcès de la paroi. Quitte l'hôpital le 20 août.

Résultat éloigné. — L'opérée est revue au mois d'octobre 1890 : elle se porte parfaitement et ne souffre plus.

OBS. 27 (Due à l'obligeance de M. ROUTIER). — *Laparotomie pour pyosalpingo-ovarite purulente.* — *Extirpation incomplète.* — E. C..., lingère, 29 ans, entrée le 29 août 1888 à l'hôpital Laënnec. Menstruation régulière dès l'âge de 11 ans et demi. Fièvre typhoïde à 17 ans. Rhumatisme articulaire aigu en 1882. Variole en 1883, sans retentissement sur l'appareil génital. Premier accouchement à terme en 1885, difficile, suivi de pelvi-péritonite. Deuxième accouchement l'année sui-

vante : la malade doit garder le lit 2 mois pour pertes de sang avec caillots. Depuis cette époque, les règles sont toujours très douloureuses et trop abondantes.

Juin 1888. — Exacerbation des douleurs. La malade entre dans un service de médecine où elle subit un curettage, qui provoque une poussée de pelvi-péritonite.

Juillet 1888. — Cautérisation de l'utérus, suivie de périmérite. Depuis amaigrissement considérable ; douleurs continuelles, pertes de sang incessantes.

Examen. — Palpation douloureuse. On croit sentir les annexes gauches dans la fosse iliaque correspondante. Le col est hypertrophié ; l'utérus est immobilisé ; les culs-de-sac latéraux sont empâtés ; deux masses annexielles latérales font corps avec l'utérus.

Opération. — Laparotomie, le 3 septembre. A droite, ovaire et trompe détachés à grand-peine de leurs adhérences. Section, après ligature, au thermocautère. La trompe contient du pus. A gauche, l'intestin grêle adhère en demi-couronne à toute la partie gauche du détroit supérieur. Au-dessous, on sent les annexes qui sont péniblement libérées de leurs adhérences. La trompe se déchire dans sa partie externe, qui est abandonnée avec l'ovaire.

Hémorrhagie arrêtée par le tamponnement. Drainage sus-pubien. Absès de la paroi.

Résultat éloigné. — L'opérée revient au mois de janvier 1889. Cautérisation de la cavité utérine à la glycérine créosotée.

Février 1893. — Règles régulières et d'abondance normale.

Obs. 28 (Due à l'obligeance de M. ROUTIER). — *Double pyosalpinx.* — *Laparotomie.* — L. B., cuisinière, 22 ans, entrée le 26 novembre 1888 à l'hôpital Laënnec. Réglée à 20 ans : dysménorrhée très douloureuse, menstruation irrégulière. Au mois de mai dernier, douleur subite dans le bas-ventre, arrêt des règles, qui ne reparaissent qu'à des derniers jours de juillet. Métorrhagie au commencement du mois d'août. Depuis cette époque les règles n'ont pas reparu.

Examen. — Ventre légèrement ballonné. Tuméfaction à droite, rien de sensible du côté gauche. Col utérin très long et étroit. Tumeur annexielle diffuse, se confondant à droite avec le corps de l'utérus ; annexes gauches légèrement augmentées de volume.

Opération. — Laparotomie le 15 décembre. On tombe sur deux gros pyosalpinx. Décortication pénible, mais extirpation complète.

Résultat éloigné. — La malade est revue une première fois, le 21 août 1889 : elle ne souffre plus, mais se plaint de quelques pertes de sang irrégulières. Elle revient une seconde fois en janvier 1894 : elle est en parfait état de santé et amène une amie à la consultation.

OBS. 29 (Due à l'obligeance de M. RÔUTIER). — *Pyosalpinx*. — *Laparotomie*. — G. M., fleuriste, 29 ans, entrée à l'hôpital Laënnec le 6 novembre 1889. Bien réglée dès l'âge de 13 ans. Accouchement au mois de septembre dernier. Application de forceps. Phlegmon du ligament large gauche, diagnostiqué à La Pitié, où la malade séjourne 7 semaines. A sa sortie de l'hôpital, elle est immédiatement reprise de douleurs violentes et d'accès de fièvre. Elle entre à l'hôpital Laënnec dans un service de médecine, d'où on la passe, au bout de quelques semaines en chirurgie. Curettage, pas d'amélioration malgré un repos absolu de plusieurs mois.

Examen. — En mai 1890 : col utérin hypertrophié, utérus douloureux, immobilisé, flanqué à droite d'une volumineuse tumeur annexielle, à gauche d'annexes un peu sensibles et légèrement augmentées de volume.

Opération. — Laparotomie, le 26 mai 1890. Utérus très petit, en rétroversion adhérente, mais facilement redressé par rupture des adhérences. Les annexes gauches paraissent saines. La trompe droite, fortement épaissie se contourne en demi-cercle sur un ovaire gros comme une mandarine et à contenu purulent. Pendant l'extraction, la poche purulente se fissure et laisse écouler quelques gouttes de pus.

Résultat éloigné. — L'opérée est revue le 12 décembre. L'utérus est mobile ; on sent une légère induration à droite.

4 août 1891. — L'ovaire gauche est prolabé et douloureux. La malade se fatigue et souffre continuellement des reins.

Mai 1892. — Amaigrissement considérable. Menaces de tuberculose pulmonaire.

OBS. 30 (Due à l'obligeance de M. RÔUTIER). — *Salpingo-ovarites purulentes*. — *Laparotomie*. — *Hystérectomie à pédicule externe dans un but hémostatique*. — A. J., 24 ans, entrée le 6 janvier 1890 à l'hôpital Laënnec. Réglée à 12 ans, menstruation toujours irrégulière. Fièvre typhoïde à 13 ans. Mariée à 19 ans. Deux enfants mort-nés. Le deuxième accouchement, qui a eu lieu en octobre 1887, a été suivi d'un phlegmon du ligament large gauche, pour lequel la malade a séjourné 2 mois à la clinique d'accouchement. Depuis cette époque, elle n'a jamais cessé de souffrir du ventre. Elle a accouché le 4 novembre 1889, d'un enfant vivant : ses douleurs se sont accrues, sont devenues intolérables et l'ont obligée à cesser tout travail. Les douleurs sont continues, mais avec crises d'exacerbation plusieurs fois par semaine ; elles siègent plus particulièrement à gauche et s'irradient vers la cuisse et la région lombaire.

Examen. — Utérus volumineux, en antéversion, peu mobile, non douloureux. A gauche, grosse masse, du volume d'une orange, fluctuante par places, dure en d'autres points, extrêmement douloureuse. A droite, la trompe semble épaissie ou dilatée : on la sent nettement, mais la pression ne provoque qu'une légère douleur.

Opération. — Laparotomie le 11 janvier. Les annexes gauches forment un gros paquet très adhérent. La trompe se déchire à son insertion utérine et laisse écouler du pus. Le ligament large est épaissi considérablement et l'opérateur crève plusieurs petits foyers purulents entre les deux feuillets. Comme il est difficile de pédiculiser la corne utérine on essaie un surjet au catgut, dont chaque point déchire le tissu utérin et devient une nouvelle source d'hémorrhagie. La trompe droite, distendue, adhérente, est extirpée avec l'ovaire correspondant. La pédiculisation de la corne droite ne réussit pas mieux que du côté gauche, et les tentatives d'un surjet hémostatique ne sont pas plus fructueuses. Alors l'opérateur se décide à faire l'hystérectomie abdominale suivant le procédé courant à cette époque. Lien de caoutchouc. Pédicule externe. Surjet entre le feuillet viscéral et le feuillet pariétal.

4 février. — Chute du pédicule.

7 mars. — L'opérée quitte l'hôpital.

Résultat éloigné. — Janvier 1891. La malade ne souffre plus. Le moignon de l'utérus est facile à sentir, il fait corps avec la paroi.

Novembre 1891. — Le moignon de l'utérus a quitté la paroi et est remplacé par une très légère pointe d'éventration.

Janvier 1894. — L'éventration n'a pas augmenté.

Janvier 1895. — *Idem.* Elle vient se faire panser un doigt contusionné dans une chute de bicyclette.

Juillet 1895. — L'opérée veut être absolument débarrassée de sa pointe d'éventration. Cure radicale.

Obs. 31 (Due à l'obligeance de M. ROUTIER). — *Salpingites purulentes.* — *Laparotomie.* — V. C., couturière, 32 ans, entrée, le 15 octobre 1890, à l'hôpital Laënnec, salle Chassaignac, n° 22. Réglée à 13 ans. Suppression des règles à l'âge de 16 ans pendant plusieurs mois par chloro-anémie. Accouchement normal à 20 ans. L'année suivante, pertes de sang abondantes pendant trois semaines ; séjour de 2 mois dans le service de Bernutz. Depuis 3 ans, la malade souffre continuellement du ventre, mais peut cependant continuer à travailler jusqu'en juillet dernier. A cette époque elle a été reprise de pertes de sang abondantes et de violentes douleurs qui l'ont obligée à garder le lit.

Examen. — Palpation douloureuse dans la région des annexes. La malade éprouve du côté gauche des élancements douloureux avec irradiation vers la cuisse correspondante. Utérus fortement dévié à droite. En arrière et à gauche, grosse tumeur bosselée, avec parties alternativement dures et fluctuantes. Les annexes droites, paraissent également lésées, mais sont moins facilement perceptibles par suite de la latéroversion de l'utérus qui se confond avec la masse annexielle.

Opération. — Laparotomie, le 4 novembre. On tombe sur une trompe droite, surplombant l'utérus, très hypertrophiée, contournée en arrière et masquant l'ovaire accolé à l'utérus. Enucléation pénible. A gauche,

la trompe forme une tumeur fluctuante de la grosseur d'une orange. Ponction et évacuation de 160 grammes de pus. Décortication difficile, arrachement de l'ovaire par morceaux. Suture à un seul plan. Réunion par première intention.

Résultat éloigné. — Le 23 mai 1893, l'opérée revient ; elle ne souffre plus du tout, mais a une éventration. Elle avait abandonné sa ceinture quelques jours après sa sortie de l'hôpital.

OBS. 32 (Due à l'obligeance de M. ROUTIER). — *Pyosalpinx*. — *Laparotomie*. — E. C., 33 ans, entrée le 4 novembre 1890 à l'hôpital Laënnec. Menstruation toujours régulière. Deux accouchements à terme, le dernier il y a un an. Depuis cette époque, la malade souffre des reins et du ventre. Il y a six mois, sans retard dans ses règles, la malade a une perte de sang très abondante, avec caillots. Depuis cet accident, elle a continuellement des métrorrhagies et souffre de plus en plus du ventre.

Examen. — Utérus immobile, gros col à fente transversale ; à gauche et en arrière, tumeur du volume d'une orange, très douloureuse ; à droite, paquet annexiel adhérent. La cavité utérine mesure 8 centimètres à l'hystéromètre.

Opération. — Laparotomie, le 18 novembre. Quelques adhérences de l'épiploon cachent la masse utéro-annexielle, mais sont facilement détachées. A droite, ovaire polikystique et trompe parenchymateuse, noueuse ; décortication facile, ablation. A gauche, rupture d'un kyste séreux, au-dessous duquel on tombe sur un ovaire volumineux, polikystique et une grosse trompe qui contient du pus.

Résultat éloigné. — 14 août 1891. — Revient pour des accidents syphilitiques secondaires. N'a plus ses règles, ne souffre plus.

1895. — Accidents d'occlusion intestinale ; mais c'est une crise d'appendicite.

1897. — Nouvelle crise, subaiguë. Refuse l'intervention.

OBS. 33 (Due à l'obligeance de M. ROUTIER). — *Double pyosalpinx*. — *Laparotomie*. — R. B., 23 ans, entrée le 18 novembre 1890 à l'hôpital Laënnec, salle Chassaignac, n° 19. Réglée à 14 ans. En janvier 1887, accouchement prématuré, suivi de fièvre, douleurs, pertes blanches : la malade reste 6 mois au lit. Les règles, suspendues pendant 3 mois, reviennent régulières et normales. Le 26 octobre dernier, arrêt brusque des règles, puis pertes de sang avec fortes coliques, au bout de 3 jours. Depuis ce moment, la malade souffre continuellement, ses douleurs viennent par crises et s'accompagnent de pertes blanches très abondantes. Accès de fièvre quotidien, vers 5 heures du soir.

Examen. — Très difficile, par suite des douleurs vives éprouvées par la malade, exagérées peut-être d'ailleurs par son nervosisme habituel. L'utérus a sa situation normale, il est peu mobile et très douloureux.

Les culs-de-sac latéraux sont empâtés et le cul-de-sac postérieur contient une masse très douloureuse, qui paraît formée des ovaires probabés.

Opération. — Laparotomie, le 6 décembre. Adhérences épiploïques. Ligature et section des franges. Extirpation pénible des ovaires et des trompes qui sont distendues et contiennent du pus.

Résultat éloigné. — En 1897, l'opérée est revue. Elle ne souffre plus et se marie.

Obs. 34 (Due à l'obligeance de M. ROUTIER). — *Double pyosalpinx.* — *Laparotomie.* — M. M., couturière, 20 ans, entrée le 8 novembre 1890 à l'hôpital Laënnec. Premières règles à 12 ans. Menstruation régulière jusqu'à 15 ans. Puis chlorose et suppression des règles pendant 3 ans. Fausse couche, il y a 18 mois. Douleurs pelviennes, surtout du côté droit, depuis cette époque. Interruption brusque des règles, il y a 6 semaines. Douleurs violentes. La malade est obligée de garder le lit jusqu'à son entrée à l'hôpital.

Examen. — Utérus peu mobile, indolent. En arrière, grosse masse, en fer à cheval, douloureuse. A droite, paquet annexiel, se confondant en arrière avec la tumeur qui occupe le cul-de-sac postérieur. A gauche, lésions évidentes, mais moins marquées que du côté opposé.

Opération. — Laparotomie, le 10 janvier 1891. On tombe d'abord sur plusieurs kystes péritonéaux, en grains de raisin, et sur une adhérence de l'épiploon à la corne utérine droite. Ligature, section. On aperçoit ensuite la trompe droite, très longue, très flexueuse, fortement distendue : ponction (pus), énucléation pénible. Même manœuvre à gauche. Castration annexielle totale.

Résultat éloigné. — L'opérée est revue le 4 octobre 1895. Elle ne souffre plus du ventre, mais se plaint de maux de gorge fréquents. Hypertrophie des amygdales, ganglions cervicaux, sommets des poumons douloureux.

26 novembre 1898. — Revient pour quelques douleurs abdominales. L'utérus est peu mobile et on sent une masse dure dans le cul-de-sac postérieur.

1899. — Douleur en arrière de l'utérus. On ne sent pourtant plus rien dans le cul-de-sac postérieur. Pertes blanches assez abondantes. Métrorrhagie le mois dernier.

Obs. 35 (Due à l'obligeance de M. ROUTIER). — *Pyosalpingites tuberculeuses.* — *Laparotomie.* — C. L., 22 ans, ménagère, entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Ste-Marthe, le 15 décembre 1892. Réglée à 16 ans. Pas de grossesse. Souffre du ventre depuis 4 ans, particulièrement du côté gauche. Depuis un an, pertes de sang dans l'intervalle des règles, qui sont très abondantes et assez irrégulières dans leur apparition. Amaigrissement, toux.

Examen. — Respiration rude aux deux sommets. Col utérin mou, hypertrophié et exulcéré. Grosse masse annexielle gauche avec induration en avant de l'utérus. Lésions manifestes, mais moins marquées à droite.

Opération. — Laparotomie, le 23 décembre. L'épiploon est adhérent par tout son bord libre et cache le petit bassin. Ligature et résection d'une bonne partie des franges épiploïques. Au-dessous, on aperçoit une grosse trompe gauche, très adhérente contournant un volumineux ovaire kystique. Ce dernier éclate et donne issue à un flot de pus. Décortication difficile, ablation néanmoins complète. A droite, lésions moins avancées et énucléation moins pénible. Les annexes, et les anses de l'intestin grêle sont couvertes de granulations tuberculeuses.

Janvier 1893. — Suppuration de la suture pariétale.

Février 1896. — Pertes de sang abondantes. Eventration légère.

Obs. 36 (Due à l'obligeance de M. ROUTIER). — *Pyosalpinx.* — *Laparotomie.* — G. D., 29 ans, entrée le 26 mai 1894, à l'hôpital Necker. Souffre du ventre depuis 10 mois, époque à laquelle la malade eut une forte perte de sang. Les douleurs sont surtout violentes du côté droit.

Examen. — A la palpation, tumeur manifeste à droite, rien de sensible à gauche. Au toucher, utérus immobile, refoulé en avant et à gauche ; tuméfaction rénitente dans le cul-de sac postérieur.

Opération. — Laparotomie le 9 juin. Le fond de l'utérus est difficile à atteindre ; deux énormes salpingites le surplombent. Attaque de la trompe droite, rupture, écoulement de pus, décortication et ligature très pénibles, malgré l'emploi du plan incliné. Ablation des annexes gauches plus facile. Drainage par le cul-de-sac postérieur, à l'aide de deux gros drains et d'une mèche de gaze iodoformée. Suture complète de la paroi.

Résultat éloigné. — L'opérée est revue le 17 août 1895. Les règles ont persisté jusqu'au mois de mars dernier. Cicatrice parfaite.

Mai 1898. — L'opérée revient. Elle se porte très bien.

Juin 1899. — Revient une troisième fois pour quelques pertes blanches.

Obs. 37 (Due à l'obligeance de M. ROUTIER). — *Salpingo-ovarites purulentes.* — *Laparotomie.* — L. L., couturière, 19 ans, entrée le 6 octobre 1894 à l'hôpital Necker. Réglée à 14 ans. Fièvre typhoïde à 16 ans. Depuis le mois de juillet dernier, les règles reviennent tous les quinze jours. La malade entre à l'hôpital en pleine métrorrhagie, avec des douleurs très vives dans tout le bas-ventre et des phénomènes de péritonite.

Examen. — Utérus immobilisé, flanqué de deux masses annexielles, dont la gauche est la plus volumineuse.

Opération. — Laparotomie, le 25 octobre. Epiploon adhérent à l'intestin et aux annexes gauches. Ligature et section des franges épiploïques. Extirpation des annexes des deux côtés, sans accidents. Les trompes et les ovaires contenaient du pus.

Résultat éloigné. — 30 octobre 1895. Accidents d'uréthrocystite. Vaginite.

20 janvier 1897. — Ulcération de la fourchette ; adénite inguinale droite.

Janvier 1899. — Revient pour des accidents analogues. Elle avoue avoir été traitée en 1893 pour la syphilis.

Obs. 38 (Due à l'obligeance de M. ROUTIER). — *Salpingite purulente.* — *Laparotomie.* — C. L., employée de commerce, 21 ans, entrée à l'hôpital Necker, le 2 octobre 1895. Régulée à 13 ans. Jamais d'enfant ni de fausse couche. Malade prise, il y a deux mois, de douleurs à la miction et de pertes verdâtres ; quelques jours après le début de ces accidents, les douleurs ont envahi le bas-ventre, en se localisant presque exclusivement du côté gauche.

Examen. — Ecoulement purulent par le vagin et l'orifice externe du col : goutte purulente uréthrale. Annexes gauches très douloureuses et considérablement augmentées de volume.

Opération. — Après un mois d'infection au permanganate de potasse, l'écoulement est tari, mais la tumeur annexielle gauche persiste et reste très douloureuse. Alors, laparotomie le 2 novembre. Les annexes droites sont saines. A gauche, on trouve une salpingite, très adhérente à la face postérieure de l'utérus par son pavillon, d'où s'écoule du pus.

Résultat éloigné. — Le 9 juillet 1896, la malade revient. Elle est enceinte.

Mai 1898. — Elle revient une deuxième fois et raconte qu'elle a fait une fausse couche en 1896, pour laquelle elle a été curettée à la Pitié. Elle souffre de nouveau du ventre. Les annexes droites sont, en effet, légèrement enflammées et douloureuses. Amélioration très sensible par le repos.

Obs. 39 (Due à l'obligeance de M. ROUTIER). — *Double pyosalpinx.* — *Laparotomie.* — Mme I., opérée le 17 avril 1896, réglée à 13 ans, nullipare. Au mois d'août 1890, à la suite d'une course à cheval en pleine période menstruelle, la malade fut prise d'accidents aigus de pelvi-péritonite pelvienne. Dès cette époque, le médecin consulté constatait l'immobilisation de l'utérus et une grosse masse très dure dans le cul-de-sac latéral gauche et la fosse iliaque correspondante : Au mois d'octobre suivant, les règles reparurent et s'accompagnèrent d'une nouvelle poussée de péritonite. Deux mois après, retour des mêmes accidents : fièvre, amaigrissement, grosse tumeur fluctuante dans les

culs-de-sac postérieur et latéral gauche. En janvier 1891, laparotomie par le Dr Demons de Bordeaux, où habitait la malade : énorme pyosalpinx, adhérent au petit bassin, marsupialisation.

Mars 1894. — Douleurs violentes à la suite de la dernière période menstruelle. Gros utérus peu mobile, avec volumineuse tuméfaction fluctuante à droite et en arrière.

Traitement médical. — Le 12 avril, l'utérus a repris sa mobilité et l'on ne perçoit plus qu'une légère induration dans le cul-de-sac latéral droit.

31 mars 1896. — A la suite d'une fatigue, la malade est prise de violentes douleurs et de vomissements.

Examen. — Utérus à gros col, immobilisé, très douloureux ; volumineuse tuméfaction fluctuante à droite ; induration du cul-de-sac latéral gauche.

Opération. — Laparotomie, le 17 avril. Adhérences épiploïques, trompe droite très distendue, pleine de pus ; trompe gauche, moins volumineuse, distendue par un liquide d'aspect grisâtre, décortication très difficile par suite des adhérences. La cavité pelvienne saigne en nappe, drainage vaginal, après castration annexielle bilatérale totale.

Résultat éloigné. — *Juillet 1898.* — L'opérée est revue : état local parfait, mauvais estomac.

Obs. 40 (Due à l'obligeance de M. ROUTIER). — *Pyosalpinx.* — *Laparotomie.* — J. L., entrée le 18 novembre 1896 à l'hôpital Necker, réglée à 14 ans, menstruation toujours irrégulière, de très courte durée. Nullipare. Il y a un an, vives douleurs dans le bas-ventre, la malade garde le lit pendant 6 semaines ; nouvelle crise à la dernière époque menstruelle, douleurs surtout violentes du côté gauche.

Examen. — Utérus peu mobile, dévié à droite ; masse fluctuante en arrière et à gauche.

Opération. — Laparotomie, le 28 novembre, utérus plaqué à droite, débordé en arrière par une énorme salpingo-ovarite gauche ; rupture, effusion de pus, extirpation complète des annexes gauches. Les annexes droites sont saines et laissées en place, drainage vaginal.

Résultat éloigné. — 30 octobre 1897. — Malade nerveuse, prétend qu'on lui a laissé les annexes gauches et se plaint de souffrir encore de ce côté ; or ce sont les annexes droites qui n'ont pas été extirpées.

Février 1899. — Menstruation irrégulière, pertes blanches, culs-de-sac souples, utérus mobile.

Obs. 41 (Due à l'obligeance de M. ROUTIER). — *Double pyosalpinx.* — *Laparotomie.* — M. L., 33 ans, entrée le 8 mars 1897 à l'hôpital Necker. Incision, en mai et juin 1895, du cul-de-sac postérieur pour abcès rétro-utérin.

Examen. — Utérus immobile, flanqué de 2 masses latérales ; palpa-

tion très difficile par suite de l'obésité et de la tension des muscles de l'abdomen.

Opération. — Laparotomie, le 25 mars. Paroi abdominale extrêmement épaisse. Epiploon lardacé, adhérent à l'utérus, à la paroi, à la vessie. Ligatures, résection. Décortication pénible des annexes droites, qui contiennent du pus. Enucléation aussi difficile des annexes gauches qui sont adhérentes au rectum et au colon pelvien. Drainage du cul-de-sac postérieur par le vagin.

Résultat éloigné. — 21 février 1898. — Elimination d'une soie par le vagin.

10 février 1899. — Très bon état local. Bouffées de chaleur.

OBS. 42 (Due à l'obligeance de M. ROUTIER). — *Pyosalpinx.* — *Rétroversion.* — *Laparotomie.* — *Hystéropexie.* — L. G., blanchisseuse, 33 ans, entrée le 12 mars 1897 à l'hôpital Necker, pour de violentes douleurs abdominales, dont le début remonte à 15 ans, à la suite d'une fausse couche. Règles toujours en avance, abondantes, de longue durée. Métrorrhagies presque continuelles depuis 2 mois.

Examen. — Utérus en rétroversion complète. Annexes droites tuméfiées et très douloureuses.

Opération. — Laparotomie, le 25 mai. Utérus basculé dans le Douglas ; quelques adhérences avec le rectum, facilement rompues. Double pyosalpinx, d'enucléation assez pénible. Hystéropexie.

Résultat éloigné. — 8 juin 1898. — L'opérée revient pour une hydarthrose du genou droit. Elle ne se plaint pas du ventre.

15 mai 1899. — Epistaxis et hémoptysie. Aspect de santé florissante. Règles supplémentaires probables.

OBS. 43 (Due à l'obligeance de M. ROUTIER). — *Pyosalpinx.* — *Laparotomie.* — M. Q., culottière, 31 ans, entrée le 9 juin 1897 à l'hôpital Necker. Régliée à 16 ans. Mariée à 20 ans. Nullipare. Néphropexie par Récamier en 1895. Eprouve depuis 15 jours de violentes douleurs dans le bas-ventre, particulièrement du côté droit.

Examen. — Toucher douloureux. Utérus rétrofléchi. Malgré douleur prédominante à droite, ce sont les annexes gauches qui paraissent malades.

Opération. — Laparotomie le 22 juin. Trompe et ovaire gauches adhérents. La trompe est considérablement distendue et a été prise pour le corps utérin en rétroflexion. Décortication très pénible. Rupture, flot de pus. Hémorrhagie en nappe au niveau des adhérences. Drainage par le cul-de-sac postérieur.

Résultat éloigné. — L'opérée est revue en avril 1898 et en mars 1899. Elle est en parfait état de santé.

OBS. 44 (Due à l'obligeance de M. ROUTIER). — *Pyosalpinx.* — *Laparotomie.* — Madame B., 45 ans, opérée le 6 juillet 1897. Souffre du ventre depuis le mois d'avril. A eu autrefois une péritonite.

Examen. — Grosse masse annexielle gauche, très douloureuse. Ecoulement purulent par l'utérus.

Opération. — Laparotomie. Epiploon adhérent à une grosse masse fluctuante formée par la trompe gauche. Libération des adhérences, aspiration du contenu de la trompe, qui est purulent; décortication, extirpation complète des annexes gauches. Les annexes droites sont légèrement adhérentes et atrophiées: simple libération des adhérences.

Résultat éloigné. — Pointe d'éventration à l'angle supérieur de la cicatrice.

Juillet 1899. — Pertes blanches, quelques légères douleurs pelviennes.

Obs. 45 (Due à l'obligeance de M. ROUTIER). — *Pyosalpinx.* — *Laparotomie.* — M. M., domestique, 22 ans, entrée le 24 novembre 1897 à l'hôpital Necker. Réglée à 13 ans. Menstruation irrégulière. Il y a 2 ans, la malade a été prise de violentes douleurs dans le bas-ventre et a perdu du sang pendant 4 mois. Depuis cette époque, les règles sont toujours très abondantes et plus fréquentes que normalement. La malade perd continuellement en blanc depuis quelque temps et souffre sans répit, particulièrement du côté droit; elle ne peut plus travailler et réclame une opération.

Examen. — Utérus immobilisé en rétroversion. Grosse masse annexielle gauche se continuant en arrière avec une tuméfaction encore plus volumineuse, qui se prolonge elle-même dans le cul-de-sac latéral droit.

Opération. — Laparotomie, le 8 décembre. Trompe droite considérablement distendue par du pus, qui s'écoule par une fissure, faite pendant les manœuvres d'énucléation. A gauche, même lésion tubaire; de plus, abcès de l'ovaire qui crève dans la cavité pelvienne. Drainage par le cul-de-sac postérieur.

Résultat éloigné. — Février 1898: état parfait. Février 1899: pas de douleurs, mais pertes blanches abondantes.

Obs. 46 (Due à l'obligeance de M. ROUTIER). — *Pyosalpinx.* — *Laparotomie.* — J. L., ménagère, 26 ans, entrée le 10 décembre 1898 à l'hôpital Necker. Il y a 5 ans, accouchement à terme. Immédiatement après, la malade redevient enceinte et fait une fausse couche. Depuis cet accident, douleurs pelviennes, menstruation irrégulière, leucorrhée abondante. En avril dernier, métrorrhagie qui dure 6 semaines, symptômes de péritonite; nouvelle poussée de péritonite pelvienne, il y a 2 mois.

Examen. — Gros col déchiré; corps utérin en position normale, flanqué à gauche d'une tumeur annexielle très douloureuse.

Opération. — Laparotomie, le 16 décembre. Gros paquet, formé par les annexes gauches, qui contournent l'utérus et plongent dans le Douglas.

Adhérences. Décortication assez pénible. A droite, rien que des adhérences qui sont détruites, et un kyste séreux de l'ovaire, qui est rompu ; suture de la brèche ovarienne. Drainage vaginal, du pus s'étant écoulé pendant la décortication de la trompe gauche.

Résultat éloigné. — 26 juillet 1899. Pertes blanches, quelques troubles d'anémie.

Obs. 47 (Due à l'obligeance de M. RICHELOT). — *Hystérectomie vaginale pour prolapsus utérin et suppuration pelvienne secondaire.* — A. L., 33 ans, couturière. Pas de maladies dans l'enfance. Menstruation régulière dès l'âge de 11 ans. Il y a 10 ans, la malade a fait une fausse couche de 5 mois, à la suite de laquelle elle a eu des métrorrhagies abondantes, de la fièvre et est restée 6 semaines au lit. Depuis cette époque, elle a toujours souffert du ventre.

Il y a 15 jours, elle a été prise brusquement de douleurs aiguës, de fièvre, de vomissements et entre à l'hôpital pour ces accidents.

Examen. — Gros col ulcéré hors de la vulve ; utérus immobilisé et flanqué de deux masses inflammatoires qui paraissent d'origine annexielle.

Opération. — Hystérectomie vaginale, le 14 janvier 1897. L'utérus est de moyen volume. En le faisant basculer, il vient des magmas puriformes : aussi évite-t-on soigneusement de pousser profondément l'écarteur antérieur, de peur d'effondrer le plafond d'adhérences qui forme comme un dôme au-dessus du foyer pelvien. Après l'ablation de l'organe, on aperçoit les ovaires et les trompes plongées au milieu d'une gangue inflammatoire, d'aspect et d'odeur putrilagineux ; mais les annexes elles-mêmes ne sont point en cause : il y a eu cellulite et pelvi-péritonite pelvienne, mais non point salpingo-ovarite. Le cas est absolument démonstratif. Guérison sans aucun accident.

Obs. 48 (Due à l'obligeance de M. RICHELOT). — *Hystérectomie vaginale pour pyosalpinx.* — A. M., 38 ans, ménagère. Menstruation régulière dès l'âge de 15 ans. A eu 6 enfants : pour le dernier, application de forceps qui n'a eu d'ailleurs aucune conséquence fâcheuse.

En décembre 1896, après quelques douleurs erratiques, apparaissent, à la fin des règles, de véritables douleurs pelviennes s'accompagnant d'un écoulement séro-purulent pendant une durée de 3 à 4 jours. Après une période d'accalmie, mêmes symptômes en janvier 1897, mais beaucoup plus accentués.

Examen. — Col déchiré. Masse annexielle droite. Eventration obstétricale.

Opération. — Hystérectomie vaginale, le 6 mars 1897. L'utérus est gros et scléreux, mais descend facilement. Les annexes gauches, peu malades, viennent sans difficulté. A droite, l'ablation des annexes est plus délicate : la trompe droite forme une poche de la grosseur d'une man-

darine, à contenu purulent, mais qui est énucléée sans rupture ; l'ovaire est transformé en un gros kyste séreux. La castration utéro-annexielle a été complète. Guérison sans aucune complication.

Obs. 49 (Due à l'obligeance de M. RICHELOT). — *Hystérectomie vaginale pour double pyo-salpinx*. — M. G., 28 ans, femme de chambre. Menstruation régulière. N'a jamais eu d'enfant ni fait de fausse couche. En 1892 premiers accidents de métrite. L'année suivante nouvelle poussée avec retentissement du côté des annexes. Depuis le commencement de 1897 la malade souffre beaucoup et réclame une intervention.

Examen. — L'utérus, de volume normal, paraît fixé par des adhérences assez solides. A droite, masse annexielle, volumineuse, faisant saillie dans le cul-de-sac latéral correspondant, très sensible au toucher. A gauche, autre masse annexielle, mais beaucoup moins grosse et moins douloureuse.

Opération. — Hystérectomie vaginale le 14 mai 1897. Le cas est assez difficile par suite de l'étroitesse du vagin (nullipare). De plus, l'utérus fixé solidement ne descend guère. Cependant il est extirpé assez facilement. Les difficultés réelles commencent après l'ablation de l'utérus. On aperçoit à droite une volumineuse poche formée par la trompe correspondante ; mais on commence par l'ablation des annexes gauches moins malades en apparence. On énuclée ainsi laborieusement une trompe épaisse, parenchymateuse, dont le contenu purulent, ne fait pas irruption, car la paroi de la trompe est solide ; l'ovaire n'est pas aperçu et est laissé en place. On traite ensuite les annexes droites. La poche tubaire est attirée et incisée, puis extirpée avec l'ovaire correspondant. Guérison.

La malade revient le 9 juillet pour remercier l'opérateur. Elle est en parfaite santé et enchantée du résultat de son opération.

Obs. 50 (Due à l'obligeance de M. RICHELOT). — *Hystérectomie vaginale pour double pyosalpinx*. — A. C., 37 ans, teinturière. Une fausse couche à 18 ans ; jamais d'enfant. Crise de rhumatisme articulaire aigu en 1896. La malade a été curettée deux fois pour métrite, il y a 7 et 8 ans. Elle souffre donc du ventre depuis une dizaine d'années, mais son mal n'est devenu insupportable que depuis quelques mois.

Examen. — La malade souffre dans tout le bas-ventre, mais plus à droite qu'à gauche. L'utérus est en rétroflexion et flanqué de deux masses annexielles volumineuses, surtout à droite.

Opération. — Hystérectomie vaginale, le 8 juin 1897. L'utérus est gros et descend mal. Les difficultés sont augmentées par l'étroitesse du vagin (nullipare). Après l'extirpation de l'utérus, on aperçoit deux gros serpents tubaires, gorgés de pus, remontant très haut dans le pelvis. Les annexes sont énucléées successivement en totalité. On amène de plus un volumineux kyste de l'ovaire droit,

Résultat éloigné. — L'opérée est revue le 12 janvier 1898. Elle ne souffre plus du tout, se plaint seulement de quelques bouffées de chaleur.

Obs. 51 (Due à l'obligeance de M. RICHELOT). — *Hystérectomie vaginale sans ablation des annexes pour suppuration pelvienne.* — E. C., 35 ans, couturière. Bonne santé habituelle et règles normales, mais pertes blanches dans l'intervalle depuis fort longtemps. Une fausse couche il y a 12 ans, qui, par suite d'une imprudence a tenu la malade au lit pendant 3 mois. Après cette fausse couche, deux accouchements à terme. Il y a un mois, 15 jours après l'apparition des règles, qui étaient en avance d'une dizaine de jours, la malade éprouve de violentes douleurs pelviennes qui l'amènent à l'hôpital.

Examen. — Dès l'entrée de la malade à l'hôpital, l'utérus était immobilisé au milieu d'une gangue inflammatoire qui remplissait toute la cavité pelvienne. Au bout de 21 jours de repos absolu. Les culs-de-sac se sont assouplis et il est possible de sentir de chaque côté de l'utérus une masse inflammatoire d'origine annexielle.

Opération. — Hystérectomie vaginale, le 13 novembre 1897. L'ablation de l'utérus, qui descend difficilement, est assez laborieuse. L'exploration des annexes permet de voir que celles de gauche sont adhérentes mais peu volumineuses ; à droite, au contraire, le doigt touche et l'œil aperçoit au fond de la plaie une collection, qui est ouverte, après protection de la cavité péritonéale, et qui donne issue à un flot de pus non fétide. Lavage. Drainage de la poche. Aucune ablation des annexes. Guérison. L'opérée ne souffre plus lorsqu'elle quitte l'hôpital.

Obs. 52 (Due à l'obligeance de M. RICHELOT). — *Hystérectomie vaginale pour cellulite pelvienne diffuse.* — M. L., 29 ans, cuisinière. Mariée, il y a 6 ans. Depuis cette époque, la malade souffre toujours du ventre. Est entrée à l'hôpital St-Louis pour une syphilis commençante il y a un mois et demi : elle est actuellement en pleine roséole. Quinze jours environ, après son entrée à l'hôpital, la malade a été prise de douleurs violentes dans l'abdomen au moment de ses règles, qui se sont brusquement arrêtées. Au bout d'un mois de souffrance, la malade est transférée en chirurgie.

Examen. — Météorisme, constipation, nausées ; grandes oscillations de la température qui varie entre 37°5 et 39°5. Utérus complètement immobilisé dans une gangue inflammatoire de consistance ligneuse.

Opération. — Hystérectomie vaginale le 18 novembre 1897, car loin de se calmer par le repos, la glace sur le ventre et les grandes injections, les accidents ne font qu'augmenter et deviennent fort inquiétants. L'opération va être extrêmement difficile et laborieuse ; mais la laparotomie ne serait-elle pas à peu près sûrement mortelle ? L'utérus, complètement fixé ne descend pas d'une ligne. Ablation du col, section

médiane, morcellement patient ; les parties latérales de l'utérus s'aminçissent progressivement et le doigt finit par entrer de chaque côté dans le paramétrium, qui laisse écouler du côté gauche un verre à liqueur d'un pus grumeleux. Il semble à l'opérateur qu'il dissocie une cellulite pelvienne diffuse où les annexes ne jouent qu'un rôle secondaire. L'ablation totale de l'utérus lui paraît inutile et même dangereuse : il se borne donc à drainer largement à l'aide d'un gros drain, placé de chaque côté dans le paramétrium, et de mèches de gaze iodoformée. Le lendemain de l'opération, on n'observait aucune amélioration ; le surlendemain, la situation était désespérée et la malade mourait le 20 novembre dans la soirée. L'autopsie montra que les prévisions de l'opérateur étaient exactes : il s'agissait d'une infiltration purulente du tissu cellulaire de tout le petit bassin ayant provoqué secondairement une péritonite purulente généralisée ; les annexes, ratatinées, n'avaient pris aucune part à l'inflammation.

Obs. 53 (Due à l'obligeance de M. RICHELOT). — *Hystérectomie vaginale pour pyosalpinx et métrite purulente*. — A. H., 38 ans, couturière. A fait deux fausses couches et eu quatre enfants à terme, le dernier il y a 9 ans. A la suite de cette dernière couche, hémorrhagies, fièvre ; depuis cette époque la malade souffre toujours du ventre, surtout à droite, et principalement au moment des règles. Celles-ci sont abondantes et reviennent deux fois par mois ; dans leur intervalle la malade perd constamment en blanc.

Examen. — Utérus en antéflexion. Annexes volumineuses, surtout à droite. Ecoulement de vrai pus par le col.

Opération. — Hystérectomie vaginale le 27 novembre 1897. La cavité utérine est pleine de pus. A droite, la trompe est un peu épaissie et l'ovaire polykystique. A gauche, l'ovaire est gros et la trompe, à parois très épaisses, contient du pus, comme on le vérifie après l'extirpation, qui se fait sans rupture.

Résultat éloigné. — L'opérée revient le 9 avril 1899. Elle se plaint de bouffées de chaleur et se dit toujours en nage ; mais elle est beaucoup moins nerveuse qu'autrefois et n'a plus les crises d'hystérie dans lesquelles elle tombait avant l'opération.

Obs. 54 (Due à l'obligeance de M. RICHELOT). — *Hystérectomie vaginale pour double pyosalpinx*. — L. P., 20 ans, fleuriste. A eu un enfant, il y a 2 ans, souffre toujours du ventre depuis cette époque. A été prise, il y a un mois de douleurs extrêmement violentes et de pertes blanches abondantes.

Examen. — Utérus volumineux en antéflexion flanqué de deux masses annexielles. Douleurs irradiées dans les cuisses.

Opération. — Hystérectomie vaginale, le 4 décembre 1897. L'utérus descend bien, mais les parois sont lardacées et friables. Le fonds de

l'organe, adhérent, est libéré prudemment : un flot de liquide citrin s'écoule pendant cette manœuvre. L'utérus est ensuite complètement sectionné sur la ligne médiane. La trompe droite semble d'abord venir facilement avec la moitié correspondante ; mais on voit bientôt qu'elle se continue avec une grosse collection, développée aux dépens de sa portion ampullaire.

La collection incisée, après protection de la cavité péritonéale, donne issue à une grande quantité de pus. Lavage, puis extirpation complète avec l'ovaire correspondant. A gauche, lésions et manœuvres identiques. Castration utéro-annexielle intégrale. Guérison.

Obs. 55 (Due à l'obligeance de M. RICHELOT). — *Hystérectomie vaginale pour pyosalpinx*. — H. C., 36 ans, couturière. A 23 ans, accouchement à terme suivi au bout de quelques mois de l'apparition d'une métrite, pour laquelle la malade se soigne pendant un an environ. Il y a 3 ans, accidents aigus ; le médecin traitant diagnostique : salpingite double, depuis cette époque la malade souffre toujours dans le ventre, avec des alternatives d'accalmie et d'exacerbation. Les règles sont normales, mais la malade perd abondamment en blanc.

Examen. — Col utérin volumineux, grosse masse annexielle à gauche. Les annexes droites semblent assez mobiles et peu douloureuses.

Opération. — Hystérectomie vaginale le 22 janvier 1898. On trouve à droite une salpingite parenchymateuse et un ovaire polykystique très gros. Les lésions sont plus considérables à gauche : la trompe très volumineuse et très épaisse, présente des adhérences qu'on ne détruit qu'avec beaucoup de difficulté ; l'ovaire est dégénéré en une grosse collection purulente, qui crève et donne issue à un pus extrêmement fétide. Quoi qu'il en soit, l'appareil utéro-annexiel est enlevé en totalité.

Résultat éloigné. — L'opérée revient une première fois le 11 mars 1898. Elle se porte très bien au point de vue local ; mais elle se plaint de bouffées de chaleur qui, survenant surtout la nuit, la privent de sommeil. Elle reparait le 13 mai 1898 : les bouffées de chaleur se sont beaucoup calmées, mais « la bouche est toujours mauvaise ».

Pas de constipation, excellent appétit.

Obs. 56 (Due à l'obligeance de M. RICHELOT). — *Hystérectomie vaginale pour double pyosalpinx*. — J. R., 20 ans, ménagère, a eu un enfant il y a 15 mois ; depuis, douleurs pelviennes. A été forcé de s'aliter pendant 3 semaines, il y a 2 mois.

Examen. — Douleurs très vives dans le bas-ventre, fièvre, utérus volumineux, repoussé en avant par une grosse collection qui occupe le Douglas. De chaque côté de l'utérus on sent une masse annexielle qui se confond en arrière avec la tuméfaction du cul-de-sac postérieur.

Opération. — Hystérectomie vaginale, le 27 janvier 1898 : l'utérus des-

cependant bien pour d'aussi grosses lésions ; mais les difficultés commencent après l'ablation de l'organe. On trouve deux énormes collections tubaires qui occupent les culs-de-sac latéraux et postérieur. La trompe droite se rompt prématurément, lavage, énucléation complète. A gauche la collection tubaire n'est ouverte qu'après protection de la cavité péritonéale. Les annexes gauches sont également extirpées en totalité. Guérison.

Obs. 57 (Due à l'obligeance de M. RICHELOT). — *Hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne sans ablation des annexes. — Fistule purulente.* — S. W., ménagère, 40 ans. Règles toujours régulières, mais fréquentes, survenant toutes les 3 semaines. A eu 2 enfants. Bonne santé habituelle. Le début de la maladie remonte à 8 mois : à cette époque, la malade a ressenti des douleurs pelviennes, localisées surtout du côté gauche ; un mois après, elle s'apercevait elle-même de l'existence d'une tuméfaction dans la fosse iliaque gauche qui diminuait sous l'influence du repos au lit.

Examen. — Col petit, incliné à gauche, gros corps utérin repoussé à droite ; volumineuse masse annexielle dans le cul-de-sac latéral gauche. Le diagnostic est très difficile entre un utérus fibromateux avec développement principal de la tumeur à gauche et une salpingite gauche énorme. Après plusieurs examens, on s'en tient au diagnostic de très gros pyosalpinx, comme fusionné avec l'utérus.

Opération. — Hystérectomie vaginale, le 17 février 1898. L'utérus ne descend pas, le morcellement est difficile. Enfin, après l'ablation complète de la matrice, on aperçoit au fond de la plaie une double collection donnant l'apparence d'une paire de fesses. L'opérateur se décide immédiatement à ne rien enlever à cause du volume considérable de la collection gauche et des adhérences évidentes. Une éponge montée est introduite dans le sillon séparant les deux collections pour protéger le péritoine, puis on commence par fonctionner la trompe droite au bistouri ; mais rien ne s'écoule qu'un peu de sérosité : c'est une trompe simplement parenchymateuse. Mais à gauche, le coup de bistouri est suivi d'un flot énorme de pus non fétide, paraissant peu virulent. L'orifice est agrandi à l'aide d'une pince qui est introduite dans la poche puis retirée les branches écartées. Lavage, drainage de la poche et drainage entre les deux trompes, à la place de l'éponge qui protège le péritoine.

Résultat éloigné. — L'opérée est revue le 18 mai 1898. On aperçoit au fond du vagin une fistule qui conduit dans l'ancienne collection purulente, développée aux dépens de la trompe gauche. C'est la 5^e fois que M. Richelot observe ce petit accident sur les 675 hystérectomies vaginales qu'il a pratiquées pour suppuration pelvienne.

En juillet 1898, la fistulette persistait encore. L'opérée ne revient qu'au commencement de janvier 1899. La fistule existe toujours et est

traitée par les cautérisations au nitrate d'argent et l'introduction dans le trajet de crayons d'iodoforme. Fermeture complète en fin avril 1899. Mais depuis l'opération, faite depuis un an environ, la malade ne souffre plus du tout et son état général est parfait.

Obs. 58 (personnelle, service de M. RICHELOT). — *Hystérectomie vaginale sans extirpation des annexes pour pyosalpinx et hématosalpinx*. — M. L., 34 ans, ménagère. Réglée à 15 ans. Un enfant à 22 ans, suites de couches régulières. Aucun antécédent pathologique de l'appareil génital avant le 20 décembre 1897. A cette date, qui correspond à la période menstruelle, la malade perd du sang pendant 3 semaines. Le 29 janvier 1898, les pertes réapparaissent et durent jusqu'au 1^{er} mars. Le 19 février, les douleurs redoublent d'acuité et la malade souffre pendant 4 jours « comme si elle allait accoucher ».

Examen. — Utérus repoussé à gauche, en légère rétroversion. L'organe paraît augmenté de volume et porte sur son angle supérieur et gauche une tumeur annexielle assez élevée. A droite de l'utérus, grosse tumeur fluctuante, occupant le cul-de-sac latéral correspondant et la plus grande partie du Douglas.

Opération. — Hystérectomie vaginale, le 3 mars 1898. A la fin de l'ablation de l'utérus, le vagin est envahi par un flot de pus, provenant de la collection droite. L'écoulement continue après l'extirpation complète de l'organe. Lavage. A gauche, rupture d'une poche de laquelle s'écoule en abondance un liquide analogue à du raisiné. Les deux poches, purulente et hématique, sont profondes et adhérentes. Elles sont laissées en place et on se contente de drainer. Durée de l'opération : 25 minutes. Guérison. La malade quitte l'hôpital en excellente santé et n'éprouvant plus la moindre douleur.

Obs. 59 (personnelle, service de M. RICHELOT). — *Hystérectomie vaginale pour double pyosalpinx, sans ablation des annexes*. — H. T., 25 ans, employée de commerce. Réglée à 16 ans, régulièrement et sans douleur. Ni fausse couche, ni accouchement normal. En juillet 1897, règles à l'époque ordinaire et normales ; mais, huit jours après, métrorrhagie avec caillots qui dure 15 jours environ. Depuis cette époque, la malade a eu des pertes abondantes à chaque période menstruelle et durant 8 à 10 jours. En janvier 1898, les règles, qui, depuis 6 mois étaient légèrement douloureuses, s'accompagnent cette fois de souffrances aiguës. Les douleurs persistent après la période menstruelle, se répètent avec la même acuité en février, au moment des règles, et la malade entre à l'hôpital le 1^{er} mars.

Examen. — Le jour de l'entrée de la malade, l'utérus est immobilisé dans une gangue inflammatoire et œdémateuse, qui empêche de préciser l'état des lésions annexielles ; mais au bout de 5 à 6 jours les culs-de-sac s'assouplissent et l'on peut alors constater que l'utérus, en lé-

gère rétroversion fixe et douloureuse, est flanqué de deux tumeurs annexielles adhérentes.

Opération. — Hystérectomie vaginale, le 8 mars 1898. L'utérus ne descend que très difficilement. Après l'extirpation laborieuse de cet organe, on aperçoit au fond de la plaie une poche développée aux dépens des annexes gauches : incision au bistouri, flot de pus, lavage. A droite, même manœuvre. Pansement ordinaire de l'hystérectomie vaginale. Ablation des tampons le 9^e jour. L'opérée ne souffre plus et quitte l'hôpital le 21^e jour.

OBS. 60 (Due à l'obligeance de M. RICHELOT). — *Hystérectomie vaginale pour pyosalpinx.* — C. G., 30 ans. A subi, depuis un an une incision du cul-de-sac postérieur pour une collection pelvienne purulente, un curetage et une périnéorrhaphie.

Douleurs pelviennes persistantes, avec crises de plus en plus pénibles, accès de fièvre, état général mauvais.

Opération. — Hystérectomie vaginale, le 9 mars 1898. Double pyosalpinx. Ablation intégrale de tout l'appareil utéro-annexiel. Guérison. L'opérée est revue, le 4 mai 1898, en parfait état.

OBS. 61 (personnelle, service de M. RICHELOT). — *Hystérectomie vaginale pour double pyosalpinx.* — M. T., 29 ans, couturière. Réglée à 19 ans. Il y a 6 ans, accouchement prématuré de 7 mois. Trois enfants à terme, il y a 5 ans, 3 ans et 8 mois. Suites de couches toujours normales. Malade bien réglée jusqu'au mois de janvier dernier. A la fin de ce mois, les règles reviennent pendant 3 jours, puis elles reparaissent encore le 15 février. Enfin, depuis le 22 février, le sang ne s'est pour ainsi dire plus arrêté : les pertes sont peu abondantes mais continues. Il n'y a guère que 15 jours que la malade souffre. Son mal aurait débuté par une forte fièvre accompagnant une angine, puis les douleurs pelviennes ont fait leur apparition et présentent un caractère bien particulier, il semble à la malade qu'elle souffre comme pour accoucher.

Examen. — A la palpation, la fosse iliaque gauche, douloureuse, est le siège d'une tuméfaction. Au toucher, l'utérus est assez mobile, flanqué de chaque côté d'une tumeur qui tend à prolaber dans le cul-de-sac postérieur. La tumeur gauche est la plus douloureuse et paraît aussi posséder la plus grande épaisseur pariétale.

Opération. — Hystérectomie vaginale, le 26 mars 1898. Morcellement assez simple, mais écoulement de pus fétide avant l'ablation de l'utérus. A droite, énucléation sans rupture d'une trompe parenchymateuse à contenu purulent. A gauche, incision d'un kyste purulent de l'ovaire, puis décollement d'une énorme trompe suppurée qui crève au cours des manœuvres d'extirpation. Lavages fréquents au cours de l'opération.

L'opérée revient, le 30 novembre 1898, atteinte d'une vaginite intense avec accidents de cystite.

OBS. 62 (personnelle, service de M. RICHELOT). — *Hystérectomie vaginale pour pyosalpinx et fistule sarpingo-vaginale consécutive à une colpotomie antérieure.* — M. L., 36 ans, cuisinière, réglée à 13 ans, menstruation toujours régulière, un enfant à 28 ans ; suites de couches normales, un autre enfant le 5 octobre 1897. Le 1^{er} novembre, la malade, levée depuis quelques jours déjà, est obligée de s'aliter : elle souffre dans le bas-ventre, a de la fièvre, des vomissements. A l'examen, on constate un empâtement du cul-de-sac latéral gauche. Colpotomie le 9 novembre, évacuation d'un demi-litre de pus, drainage, amélioration considérable ; puis reprise des accidents douloureux et de la fièvre vers la fin de décembre, dilatation de la plaie vaginale, lavage cautérisation du foyer à la solution de chlorure de zinc à 10 0/0, nouveau drainage. Les mois de janvier et février 1898 sont bons ; mais, au commencement de mars, les douleurs reparaissent avec une acuité nouvelle et la malade, traitée jusque là à la campagne, entre à l'hôpital St-Louis dans le service de M. Richelot.

Examen. — Au niveau de l'angle gauche du cul-de-sac postérieur, orifice fistuleux par lequel s'écoule du pus d'une façon continue. L'utérus est gros et douloureux. Le cul-de-sac postérieur est induré. Dans le cul-de-sac latéral gauche on perçoit une tumeur, d'origine annexielle, du volume d'une grosse orange. Le cul-de-sac latéral droit est douloureux ; on sent sur le flanc droit de l'utérus une masse annexielle de volume beaucoup moins considérable que du côté opposé.

Opération. — Hystérectomie vaginale, le 23 avril 1898 : l'opération est difficile, car l'utérus est à la fois immobilisé et friable. Après bascule et section médiane de l'organe, on amène facilement les annexes droites formées d'une trompe parenchymateuse et d'un très gros ovaire polykystique. L'ablation des annexes gauches est plus délicate : on se trouve en présence d'une énorme trompe purulente, adhérente de partout. La cavité péritonéale est d'abord protégée, puis la poche purulente est largement sectionnée, vidée de son contenu et plusieurs lavages successifs entraînent le pus qui a souillé la cavité vaginale. On énuclée alors progressivement les annexes gauches, la castration utéro-annexielle a été intégrale, complète.

Résultat éloigné. — L'opérée reparait le 5 octobre 1898, l'état local est parfait, la cicatrice vaginale est souple ; la malade se plaint de bouffées de chaleur et d'un point névralgique dans la fosse iliaque gauche, le toucher ne révèle aucun empâtement à ce niveau. Le 30 novembre 1898, l'opérée revient, se plaignant toujours de son point douloureux à gauche : l'examen est négatif. Le 8 février 1899, après avoir annoncé par une longue lettre sa visite à M. Richelot, la malade revient une troisième fois. Elle se plaint toujours de bouffées de chaleur et de son point douloureux : la cavité pelvienne est absolument libre, l'opérée a bonne mine et se porte en réalité fort bien. M. Richelot la rassure, mais c'est une névropathe qui reviendra sans doute encore.

OBS. 63 (Due à l'obligeance de M. RICHELOT). — *Hystérectomie vaginale avec ablation unilatérale des annexes.* — *Pyosalpinx.* — M. C., 46 ans, ménagère. Menstruation régulière dès l'âge de 13 ans. Mariée à 19 ans. Premier enfant à 20 ans ; déchirure du périnée. Un autre enfant à 23 ans ; ce dernier accouchement fut suivi de quelques troubles du côté de l'appareil génital qui n'obligèrent cependant jamais la malade à interrompre son travail. Mais en 1889, c'est-à-dire dix ans environ après cet accouchement, un abcès pelvien s'ouvre spontanément dans le rectum. En février 1897, douleurs nouvelles, ballonnement du ventre, alitement pendant 15 jours. En août de la même année, mêmes accidents à l'époque des règles : la malade garde le lit une dizaine de jours. Enfin, en avril 1898, ménorrhagie très abondante, qui amène la malade à l'hôpital.

Examen. — Gros col, irrégulièrement hypertrophié. A droite, grosse tuméfaction d'origine annexielle ; les annexes gauches paraissent indemnes.

Opération. — Hystérectomie vaginale le 3 mai 1898. Les annexes gauches viennent facilement avec la moitié correspondante du corps utérin. A droite, grosse collection élevée, adhérente, difficilement accessible. Incision, flot de pus, lavage. Pansement ordinaire. L'hémostase a été défectueuse, l'utérine droite mal pincée : hémorrhagie quelques minutes après l'opération. L'utérine est repincée et la malade guérit sans autre accident. Les annexes malades n'ont pu être extirpées.

OBS. 64 (Due à l'obligeance de M. RICHELOT). — *Hystérectomie vaginale pour double pyosalpinx.* — C. T., 28 ans, femme de ménage. Première menstruation à 14 ans ; règles toujours régulières et faciles. Mariée à 21 ans. Un enfant à 23 ans ; suites de couches normales. A 26 ans, laryngite, qui persiste pendant 4 mois et durant laquelle la voix est complètement éteinte. Depuis cette époque la malade tousse et souffre du sommet gauche de la poitrine. Perte des forces, amaigrissement notable, sueurs nocturnes. Il y a 6 mois, sans aucune cause et sans douleur, la malade s'est mise à perdre en blanc en abondance. Il y a 4 mois, 8 jours avant les règles, crise subite de douleurs violentes, lancinantes, dans le bas-ventre : ballonnement du ventre, constipation, dysurie ; pas de vomissements. Depuis cette époque, les règles sont devenues beaucoup plus abondantes et prolongées durant jusqu'à 12 et 15 jours.

Examen. — Ventre souple, facilement dépressible, permet de sentir une masse irrégulière qui remplit tout le petit bassin. Douleur très vive à la pression en tous les points de la masse. Le col de l'utérus est un peu gros, douloureux dès qu'on essaie de le mobiliser. Le corps utérin, considérablement hypertrophié, est également très douloureux à la pression ; il est peu ou point mobile. De chaque côté et en arrière de l'utérus, on perçoit des masses annexielles, bosselées, irrégulières et très douloureuses.

L'histoire de la malade et l'examen du thorax, qui révèle de la submatité et des craquements au sommet gauche, font porter le diagnostic de lésions pelviennes tuberculeuses.

Opération. — Hystérectomie vaginale, le 14 juin 1898. Ablation intégrale de tout l'appareil utéro-annexiel. Au cours de l'opération, effusion prématurée de pus et issue de franges épiploïques par la plaie vaginale. Lavage. Pansement habituel.

L'examen des pièces montre qu'il s'agit d'un double pyosalpinx. Quant à la nature tuberculeuse des lésions elle devrait être recherchée, mais malheureusement le résultat de ces recherches n'a jamais été connu.

Obs. 65 (Due à l'obligeance de M. RICHELOT). — *Hystérectomie vaginale pour double pyosalpinx.* — B. G., 26 ans, mécanicienne. Réglée à 15 ans. Première grossesse à 19 ans : accouchement à 7 mois 1/2 sans incident. Deuxième grossesse à 20 ans. Accouchement normal ; pas de fièvre, mais lochies fétides. Depuis ce moment, la malade souffre du ventre, les règles sont devenues régulières et moins abondantes. La douleur, modérée lorsque la malade ne se fatiguait pas, a d'abord occupé le côté gauche, puis s'est surtout fait sentir à droite, avec irradiation dans la cuisse correspondante. De temps en temps, une crise douloureuse plus intense se produisait, obligeant la malade à prendre le lit. Il y a 10 jours, crise de douleurs, ballonnement du ventre, constipation, dysurie, fièvre.

Examen. — Ventre ballonné, tendu, douloureux à la pression, surtout à droite. Col utérin un peu abaissé et refoulé en avant par une tuméfaction, fluctuante, douloureuse au toucher, qui occupe le cul-de-sac postérieur. Utérus immobilisé entre deux masses latérales, difficile à délimiter en raison de la tension de la paroi abdominale.

Opération. — Hystérectomie vaginale, le 18 juin 1898. Ablation de l'utérus. On voit alors que la collection qui occupe le Douglas est développée aux dépens de la trompe droite, énormément distendue. Incision de la poche, flot de pus, lavage, énucléation complète des annexes droites. Les annexes gauches, formées d'une grosse trompe parenchymateuse, à contenu purulent, et d'un ovaire polykystique, sont ensuite extirpées sans effusion de pus. L'opération a été délicate, mais typique. Guérison.

Obs. 66 (personnelle, service de M. RICHELOT). — *Hystérectomie vaginale pour double pyosalpinx.* — M. R., 28 ans, domestique. Réglée à 18 ans. Un enfant il y a un an et demi. La malade reste 41 jours au lit : douleurs abdominales, fièvre, hémorrhagies, pertes blanches. Amélioration : la malade peut vaquer à ses occupations pendant un an. Mais l'été dernier, réveil des douleurs, marche impossible. Règles très abondantes, pertes blanches continuelles.

Examen. — Palpation très douloureuse, surtout du côté gauche. Col

utérin gros et congestionné, tumeur annexielle gauche volumineuse, trompe droite parenchymateuse.

Opération. — Hystérectomie vaginale, le 18 octobre 1898. L'utérus descend facilement. Les annexes droites, dont la trompe contient du pus dans sa cavité, sont extirpées sans effort ; mais la tumeur annexielle gauche est d'une épucéléation très pénible : la poche tubaire, après évacuation de son contenu purulent à l'aide du bistouri, ne se détache qu'avec beaucoup de difficulté. Un bout d'ovaire reste adhérent à la paroi pelvienne. Guérison.

Obs. 67 (Due à l'obligeance de M. RICHELOT). — *Hystérectomie vaginale pour pyosalpinx et péri-salpingite purulente.* — F. L., 32 ans, infirmière. Fièvre typhoïde à 6 ans. Menstruation régulière dès l'âge de 11 ans. Un enfant à 29 ans. Jamais de fausse couche.

Le 15 janvier 1899, la malade avait ses règles depuis 3 jours lorsqu'elle fut prise d'une douleur extrêmement aiguë dans l'abdomen. Au bout de 8 jours, se sentant mieux, elle se lève, mais a une métrorrhagie abondante. Trois jours après, 27 janvier, elle rend par le rectum du pus, des caillots sanguins (?) et se trouve soulagée. Le thermomètre, qui avait marqué entre 39° et 40°, descend aux environs de 37°. L'état général s'améliore donc, mais la malade continue à souffrir, et ses douleurs, qui avaient été tout d'abord localisées à droite sont beaucoup plus vives maintenant du côté gauche. Dernières règles, le 23 février : durée, 8 jours.

Examen. — Utérus immobilisé, en antéflexion. A droite et à gauche, empâtement des culs-de-sac.

Opération. — Hystérectomie vaginale, le 11 mars 1899. L'opération est assez laborieuse, par suite de l'étroitesse vaginale. Au moment du pincement du ligament large gauche, il s'écoule un flot de pus. L'examen des pièces montre que la trompe droite, très épaisse, parenchymateuse, ne contient pas de pus dans sa cavité. La trompe gauche est développée en une poche purulente dans sa portion externe. C'est aux dépens d'une collection formée autour du pavillon de la trompe gauche, que s'est écoulé le pus au cours de l'opération. La castration utéro-annexielle a été intégrale. Guérison.

Obs. 68 (Due à l'obligeance de M. RICHELOT). — *Hystérectomie vaginale pour double pyosalpinx.* — M. P., 26 ans, ménagère. Régulée à 14 ans. Deux fausses couches, il y a 7 et 8 ans. Un enfant, il y a 5 ans. Pertes blanches abondantes en septembre dernier : la malade a été très souffrante et son médecin a porté le diagnostic de pelvi-péritonite. Depuis cette époque, la malade souffre d'une façon continue, surtout du côté gauche. Les règles apportent chaque fois une accalmie à ces douleurs.

Examen. — Col ulcéré, déchiqueté, utérus peu mobile. A gauche, on

sent une masse très douloureuse, du volume d'un gros œuf. A droite, le cul-de-sac est encore empâté, mais moins sensible et moins déprimé que les premiers jours de l'entrée de la malade à l'hôpital.

Opération. — Hystérectomie vaginale, le 4 avril 1899. L'utérus descend difficilement. Un pyosalpinx, de moyen volume, est extirpé, sans rupture, avec la moitié correspondante de l'utérus. A gauche, la trompe, énorme, se rompt au moment où elle allait être amenée hors du vagin. Castration utéro-annexielle totale. Guérison.

OBS. 69 (Due à l'obligeance de M. RICHELOT). — *Hystérectomie vaginale pour pyosalpinx.* — E. J., 32 ans, plumassière. Réglée à 14 ans. A eu quatre enfants, de 18 à 27 ans ; le dernier accouchement aurait été particulièrement pénible. La malade souffre du ventre depuis 3 ans environ et a été soigné depuis cette époque à différentes reprises pour de la métrite. Les douleurs s'exagèrent au moment des règles et la malade perd en blanc dans l'intervalle de ces dernières. En février dernier, au 2^e jour de ses règles, la malade se refroidit et voit le flux menstruel s'arrêter brusquement. Depuis cet accident la malade n'a cessé de souffrir et a perdu du sang à différentes reprises.

Examen. — Col ulcéré, utérus peu mobile, douloureux. Dans le cul-de-sac droit, on sent une masse du volume d'un gros œuf et très douloureuse. A gauche, les annexes sont perceptibles.

Opération. — Hystérectomie vaginale, le 11 avril 1899. L'appareil utéro-annexiel est enlevé en totalité. Pièces : grosse salpingo-ovarite gauche parenchymateuse, volumineux pyosalpinx droit et énorme poche ovarique, à contenu purulent. Quitte l'hôpital guérie, le 14 mai 1899.

OBS. 70 (Due à l'obligeance de M. RICHELOT). — *Hystérectomie vaginale pour double pyosalpinx.* — C. P., 13 ans, journalière. Un enfant, il y a un an. Depuis cet accouchement, la malade souffre du ventre et perd en blanc. Le 7 avril 1899, règles très abondantes, durent 15 jours. Douleurs pelviennes très vives, perte de l'appétit, fièvre, amaigrissement.

Examen. — Gros utérus en antéversion flanqué de deux masses annexielles très douloureuses. Culs-de-sac empâtés.

Opération. — Hystérectomie vaginale, le 6 mai 1899. Utérus facilement extirpé. Derrière lui, on trouve deux trompes énormes, gorgées de pus, très abondantes et remplissant le petit bassin. Pendant l'énucléation, effusion d'un pus d'odeur fétide. L'opérateur a l'impression que la castration utéro-annexielle aurait été extrêmement dangereuse par la voie abdominale. Guérison sans le moindre accident.

OBS. 71 (Due à l'obligeance de M. RICHELOT). — *Hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne.* — L. B., 35 ans, ménagère, réglée à

15 ans, a eu cinq enfants, suites de couches normale. En 1893, fausse couche, métrorrhagies. En janvier 1899, nouvelle fausse couche à la suite de laquelle la malade perd du sang pendant 5 semaines et subit un curettage en mars à l'hôpital St-Antoine. Malgré cette intervention, dès sa sortie de cet hôpital, la malade se met à reperdre du sang jusqu'au 1^{er} mai. Nouveau curettage suivi de fièvre. Depuis ce moment, la malade souffre dans le ventre particulièrement à gauche. Irradiation des douleurs dans la cuisse correspondante, sensation de brûlure à la miction, fièvre quotidienne.

Examen. — Utérus immobilisé, masse pelvienne diffuse, tuméfaction dans les culs-de-sac antérieur et postérieur. Il est difficile de dire où est le corps utérin.

Opération. — Hystérectomie vaginale, le 3 juin 1899 : l'utérus ne descend pas. En décollant en avant, le doigt trouve un tissu friable, inflammatoire entre l'utérus et la vessie. Hémisection de la paroi antérieure de l'utérus : vers le haut, les ciseaux effondrent tout à coup une collection suppurée, qui englobe le fond de l'organe. La section médiane complète est faite pour ouvrir largement ce foyer. Comme l'exploration digitale ne permet pas de constater l'existence de masses annexielles, et comme, d'autre part, le pus extrêmement fétide doit être très virulent, l'opérateur se décide à en rester là pour ne point dépasser les adhérences, qui forment le dôme et les parois latérales du foyer.

Cette intervention incomplète fut suivie d'une amélioration sensible mais passagère. La fièvre reparait bientôt, le teint est terreux, il y a du subdélire, il faut de nouveau intervenir. Le 22 juin, ablation de l'utérus : la moitié droite est amenée avec les annexes peu altérées ; la moitié gauche est enlevée sans les annexes qui ne sont sans doute guère plus malades que celles du côté droit. Après cette double énucléation, il reste un large foyer dont le fond est constitué par des adhérences de l'épiploon et qui est limité à droite et à gauche par des anses intestinales adhérentes. A la suite de ce complément d'opération on assiste aux suites normales d'une hystérectomie vaginale ordinaire, tampons enlevés le 29 juin. Guérison.

Obs. 72 (Due à l'obligeance de M. RICHELOT). — *Hystérectomie abdominale totale pour double pyosalpinx.* — R. A., âgée de 21 ans, femme de chambre, entrée à l'hôpital fin novembre 1896. Réglée à 13 ans ; il y a un an, accouchement à la suite duquel la malade souffre continuellement dans le ventre : douleurs exclusivement localisées à gauche, avec irradiation vers le rein et dans la cuisse correspondants, exagération au moment des règles.

Examen. — Utérus un peu gros, mobile, non douloureux. Masse annexielle gauche.

Opération. — A cause du jeune âge de la malade et dans l'espoir de trouver des lésions unilatérales, M. Richelot pratique, le 17 décembre

1896, la laparotomie : l'opérateur tombe sur un double pyosalpinx adhérent avec double ovarite purulente ; après protection de la grande cavité péritonéale, les annexes sont énucléées et extirpées ; l'utérus, gros et saignant est ensuite enlevé en totalité, le vagin est immédiatement fermé et le péritoine ramené au-dessus du moignon vaginal par un surjet au catgut étendu d'un pédicule utéro-ovarien à l'autre. L'opération est terminée par un lavage à l'eau salée, limité à la cavité pelvienne, suture à trois étages de la paroi, sans drainage, réunion par première intention.

Résultat éloigné. — L'opérée est revue le 23 novembre 1898. Elle va très bien, mais éprouve de temps à autre quelques douleurs névralgiques, pour lesquelles on se contente de lui prescrire des bains alcalins.

Obs. 73 (Due à l'obligeance de M. RICHELOT). — *Hystérectomie vaginale totale pour double pyosalpinx.* — D. M., âgée de 30 ans, modiste, entrée à l'hôpital en décembre 1896. Réglée à 14 ans. Mariée à 18 ans et, jusqu'à cette époque, menstruation régulière et non douloureuse. Pas d'enfants, pas de fausses couches. Un an après son mariage, la malade est soignée médicalement pour une métrite. Depuis cette époque, les règles sont douloureuses et s'accompagnent de pertes blanches abondantes.

Examen. — Col ulcéré, gros corps utérin assez mobile, mais déjeté à droite par une masse dure d'origine annexielle.

Opération. — Les lésions paraissant unilatérales, on pratique la laparotomie le 28 janvier 1897. On trouve un double pyosalpinx adhérent, dangereux, enclavant l'utérus. L'hystérectomie abdominale totale est pratiquée suivant une variante de la méthode américaine. L'opérateur pince de haut en bas l'utéro-ovarienne puis l'utérine gauche ; il pratique la même manœuvre à droite, ouvre le vagin en avant, saisit le col à l'aide d'une pince de Museux, désinsère complètement le vagin, décolle les poches purulentes de bas en haut, enlève les annexes droites d'abord, puis l'utérus et la trompe gauche en un seul bloc. Pendant ces manœuvres, les poches se sont rompues, mais le pus n'a souillé que les points déclives de la cavité pelvienne ; plusieurs lavages successifs à l'eau salée ont été pratiqués selon les besoins et l'on termine l'opération par un lavage final et un drainage abdomino-vaginal. Les mèches abdominales sont enlevées au bout de 48 heures ; le drainage vaginal est conservé jusqu'au 9^e jour. Guérison sans aucun accident.

Obs. 74 (Due à l'obligeance de M. RICHELOT). — *Hystérectomie abdominale totale pour double pyosalpinx.* — V. R., âgée de 27 ans, concierge. Menstruation toujours régulière. Accouchement normal à 23 ans, jamais de fausse couche. Les douleurs dont se plaint la malade remontent à l'époque de son accouchement ; mais jamais jusqu'ici elle n'a été obligée de se soigner sérieusement.

Examen. — L'utérus est fortement renversé en arrière et paraît en même temps rétrofléchi ; dans le cul-de-sac gauche on sent une tuméfaction qui semble être la trompe correspondante malade. L'état général est bon ; mais la malade ne peut plus se tenir longtemps debout, ni travailler, et se plaint de douleurs continuelles dans le bas-ventre, avec irradiations dans les aines et vers le périnée.

Opération. — Laparotomie le 13 mars 1897. M. Richelot pense qu'il va pouvoir faire une intervention simple, probablement une hystéropexie avec ablation des annexes gauches ; mais, le ventre ouvert, il tombe sur un utérus volumineux rétroversé dans le Douglas et flanqué de deux pyosalpinx volumineux et à situation élevée : à droite, gros serpent tubaire peu adhérent et paraissant assez solide comme paroi ; à gauche, trompe beaucoup plus volumineuse, reposant sur une collection, développée elle-même soit aux dépens de la portion la plus externe de la trompe, soit aux dépens de l'ovaire. En présence de ces lésions avancées et bilatérales, l'opérateur se décide à pratiquer l'hystérectomie abdominale totale. Suivant son procédé habituel, après avoir incisé le cul-de-sac vésico-utérin, décollé la vessie et pincé les artères utérines, il pénètre dans le vagin par le cul-de-sac antérieur, saisit le col à l'aide d'une pince à traction, le libère complètement et, décollant et libérant les annexes de bas en haut, enlève tout l'appareil utéro-annexiel d'un bloc sans crever aucune poche purulente. En conséquence le vagin est immédiatement refermé, les artères liées et la continuité du péritoine rétablie par un surjet au catgut. La paroi abdominale est fermée par une suture à trois étages. Réunion par première intention.

Résultat éloigné. — Malade revue le 3 décembre 1897 en parfait état.

Obs. 75 (Due à l'obligeance de M. RICHELOT). — *Hystérectomie abdominale totale pour double pyosalpinx.* — E. M., 24 ans, boulangère. Menstruation toujours régulière. Jamais d'enfant, pas de fausse couche. Il y a 2 ans, sensation de brûlure, au moment des mictions, pertes blanches très abondantes, douleurs dans la fosse iliaque gauche. Un an après, nouvelle atteinte qui s'est prolongée jusqu'à l'entrée de la malade à l'hôpital.

Examen. — Utérus un peu gros, dévié à droite. Dans le cul-de-sac gauche, masse de la grosseur d'une mandarine, douloureuse à la pression. A droite, rien d'appréciable.

Opération. — Laparotomie le 18 mars 1897, dans le but de conserver les annexes droites. A l'ouverture du ventre on tombe sur deux pyosalpinx volumineux, d'un abord dangereux, adhérents à l'épiploon et à l'intestin. L'opérateur se décide à pratiquer l'hystérectomie abdominale totale, à laquelle il procède suivant la méthode qu'il a préconisée : dissection d'un lambeau péritonéal antérieur, ouverture du paramétrium et pincement des utérines, pénétration dans le vagin par le cul-de-sac

antérieur, bascule d'avant en arrière et de bas en haut, décollement des annexes dans le même sens, détachement alors facile des adhérences étroites avec l'intestin, extirpation de tout l'appareil utéro-annexiel en un seul bloc. Fermeture immédiate du vagin, ligatures, surget péritonéal. Suture de la paroi abdominale à trois étages. Réunion par première intention.

Obs. 76 (Due à l'obligeance de M. RICHELOT). — *Hystérectomie abdominale pour pyosalpinx*. — A. G., 34 ans, cuisinière. A eu deux enfants et a fait une fausse couche. Curettage il y a 4 ans, autre curettage et opération de Schröder en janvier 1897. Pas d'amélioration.

Examen. — Utérus gros et douloureux. Annexes très douloureuses à gauche, formant une tuméfaction considérable dans le cul-de-sac correspondant.

Opération. — Laparotomie le 1^{er} septembre 1897. Utérus géant, repoussé à droite par les annexes gauches très volumineuses ; la trompe droite est hypertrophiée et adhérente et ne semble pas pouvoir être conservée. On pratique donc l'hystérectomie abdominale totale : attaque par le cul-de-sac antérieur, pincement des artères utérines, bascule de l'utérus de bas en haut et énucléation dans le même sens des annexes sans rupture de la trompe gauche dont le contenu est purulent. Fermeture du vagin, surget péritonéal, suture à 3 étages de la paroi, réunion par première intention.

Obs. 77 (Due à l'obligeance de M. RICHELOT). — *Hystérectomie abdominale totale pour suppuration pelvienne*. — E. C., 32 ans, blanchisseuse. Régliée à 15 ans. A 19 ans, accouchement à la suite duquel la malade a souffert du ventre pendant 6 mois. A 23 ans, métrite du col. Soignée pendant longtemps à l'aide de pansements vaginaux.

Examen. — Col de l'utérus volumineux, lèvre antérieure saillante. A droite, grosse collection ; à gauche, le toucher est peu sensible et laisse espérer que les annexes de ce côté sont à peu près saines.

Opération. — Laparotomie le 26 octobre 1897. A l'ouverture du ventre, on tombe sur un très gros pyosalpinx droit, faisant corps avec l'utérus, qui est refoulé à gauche, et adhère aux parois de l'excavation pelvienne et au gros intestin sur une grande étendue. A gauche, les annexes, également malades, sont adhérentes et enfouies dans du pus. La seule intervention rationnelle est l'hystérectomie abdominale totale. M. Richelot essaie de commencer suivant le procédé américain ; mais l'attaque lui paraît beaucoup moins difficile et dangereuse par le cul-de-sac vésico-utérin que par les adhérences supérieures avec les parois et le gros intestin. En conséquence, l'opérateur taille d'abord un petit lambeau sur la face antérieure de l'utérus et le rabat en bas en amorçant le décollement de la vessie ; puis il découvre et pince les artères utérines. Il attaque alors le vagin par le cul-de-sac antérieur,

pince le col et le débarrasse facilement alors de ce qui reste de son insertion vaginale. Il commence ensuite le mouvement de bascule de bas en haut et le décollement des annexes dans le même sens. A droite, la grosse collection, qui remplit la presque totalité de l'excavation, se crève dans cette manœuvre : son contenu purulent s'écoule dans le vagin et est chassé par un lavage à l'eau salée. L'énucléation de cette grosse poche est achevée sous le lavage qui entraîne le pus, et, chose remarquable, les adhérences avec le gros intestin qui paraissaient si difficiles et si dangereuses à détacher de haut en bas, cèdent facilement à la décortication pratiquée de bas en haut. L'opération se termine rapidement par la libération, suivant la même manœuvre, des annexes gauches. Ligatures. Un gros drain et une mèche de gaze aseptique sont placés dans le vagin ; un autre drain et deux autres mèches, qui tamponnent le Douglas de chaque côté, sortent par la plaie abdominale. Suture de la paroi, incomplète pour donner passage au drainage sus-pubien.

Les suites opératoires furent simples. Le drainage abdominal fut supprimé complètement le 8^e jour. Le drain et la mèche, placés dans le vagin, tombèrent spontanément le 13^e jour. Les deux drainages avaient bien fonctionné, mais le vaginal avait assuré d'une façon beaucoup plus parfaite l'écoulement de la sérosité louche qui souilla pendant quelques jours l'opérée.

Examen bactériologique. — Du pus avait été recueilli à l'aide d'une pipette au cours de l'opération. La coloration des lamelles au bleu de Kuhne ne permit de constater que la présence de globules de pus ; mais la méthode de Gram décela l'existence de chaînettes de streptocoques, inclus dans le protoplasma des leucocytes.

Les cultures sur gélose donnèrent des colonies pures de streptocoques purs. Dans le bouillon se développèrent des grumeaux de streptocoques.

Un centimètre cube de la culture du bouillon inoculé dans le péritoine d'un lapin tua l'animal en 24 heures. A l'autopsie, on retrouva le streptocoque à l'état de pureté dans le sang du cœur.

Résultats éloignés. — La malade est revue le 22 juin 1898. L'état local est parfait. L'opérée se plaint simplement de quelques douleurs épigastriques ; ce qui la chagrine le plus c'est d'engraisir.

Elle revient encore le 23 juillet 1899. Santé florissante.

Obs. 78 (Due à l'obligeance de M. RICHELOT). — *Hystérectomie abdominale totale pour suppuration pelvienne.* — J. B., 27 ans, domestique. Entrée au commencement de mars 1897 à l'hôpital Andral à cause de douleurs abdominales survenues brusquement et rapidement localisées à la fosse iliaque droite ; les règles, qui existaient à ce moment, ne furent nullement influencées par ces accidents. La malade eut, paraît-il, jusqu'à 40° de température et l'on porta le diagnostic d'appendicite.

Depuis ce séjour à Andral, la menstruation est restée régulière, mais les règles sont beaucoup plus abondantes qu'antérieurement. La douleur dans la fosse iliaque droite a toujours persisté et, depuis 3 semaines, la malade souffre de plus du côté gauche.

Examen. — Utérus petit en rétroflexion ; corps douloureux au contact du doigt. Tuméfaction dans le cul-de-sac latéral droit ; annexes gauches beaucoup moins perceptibles, mais grande sensibilité de tout l'appareil utéro-annexiel.

Opération. — Laparotomie le 16 novembre 1897. On se trouve en présence d'une double annexite très complexe. Vacuoles séreuses péritonéales multiples ; gros serpent tubaire droit, mollement adhérent à l'intestin et se continuant en bas et en avant avec une adhérence vésicale, épaisse, parenchymateuse analogue à du tissu organisé et contenant du pus. Coup de thermocautère pour aseptiser le moignon de cette adhérence qui vient d'être déchirée. L'utérus se dérochant sous la trompe droite et la vessie attirée en haut, l'opérateur se décide à pratiquer l'hystérectomie avec extirpation totale du col utérin : attaque par les annexes droites, incision du cul-de-sac vaginal droit, bascule de l'utérus à gauche, libération des annexes gauches de bas en haut, une goutte de pus s'écoule de la trompe gauche sur l'éponge qui tamponne le fond de l'excavation, extirpation en un seul bloc de tout l'appareil utéro-annexiel. Drainage vaginal. Suture complète de la paroi abdominale. Guérison.

OBS. 79 (Due à l'obligeance de M. RICHELOT). — *Hystérectomie abdominale totale pour fibrome et double pyosalpinx.* — A. P., couturière, 44 ans ; jamais d'enfant ni de fausse couche ; vieille métrite, datant de 15 ans ; règles toujours très douloureuses et souvent accompagnées de vomissements ; curettage, il y a 5 ans.

Depuis 4 mois, perturbations dans les règles qui sont beaucoup plus abondantes.

Examen. — Masse irrégulière dans le cul-de-sac postérieur, refoulant l'utérus en haut et en avant. Par le palper abdominal, on sent une tumeur à surface régulière, comme kystique, atteignant l'ombilic.

Opération. — Laparotomie le 14 décembre 1897. A l'ouverture du ventre, on tombe sur un utérus de volume moyen, presque petit, repoussé en haut par la masse qui occupe le Douglas. L'intestin est mollement adhérent à la base de l'utérus et en est facilement séparé. Le cul-de-sac de Douglas est rempli par des circonvolutions adhérentes qui sont d'abord prises pour des anses intestinales enclavées derrière l'utérus. A droite et à gauche, les annexes sont épaisses, cachées sous les adhérences. L'opérateur est incertain sur la meilleure façon d'attaquer cette masse annexielle confuse. Mais la face antérieure de l'utérus est accessible : il dissèque alors son lambeau péritonéal, décolle la vessie, pince les artères utérines et pénètre dans le vagin par le cul-de-

sac antérieur. Le dégagement du col est assez laborieux, car dans son épaisseur se trouve un fibrome du volume d'une mandarine. Le segment inférieur étant bien dégagé, l'opérateur coupe entre deux pinces la corne utérine droite et peut renverser l'utérus de bas en haut et de droite à gauche. Cette manœuvre donne du jour dans la profondeur du Douglas, qui, on peut alors le constater, est occupé par deux volumineux pyo-salpinx. Pendant le mouvement de bascule imprimé à la paroi du pyosalpinx droit, lavage à l'eau salée. L'utérus, à cause du volume gênant de son col, est extirpé après libération de ses connexions avec les annexes gauches. Celles-ci sont alors décortiquées de bas en haut et énucléées assez rapidement : elles éclatent au moment où elles franchissent la paroi abdominale, mais leur contenu ne tombe pas dans le ventre. L'énucléation est pratiquée du côté droit de la même façon et sans nouvelle irruption de pus. Après l'ablation totale, la cavité pelvienne est lavée à l'eau bouillie. Hémostase, drainage vaginal et sus-pubien. Guérison.

OBS. 80 (Due à l'obligeance de M. RICHELOT). — *Hystérectomie abdominale totale pour pyosalpinx*. — E. P., 30 ans, couturière. Deux fausses couches : la 1^{re}, il y a 5 ans, la 2^e remonte à 3 mois seulement et a été suivie de pertes abondantes. Dix jours après la malade s'est levée et a eu une poussée de pelvipéritonite. Depuis cette époque elle traîne.

Examen. — Douleurs lancinantes surtout du côté droit, avec irradiation dans les cuisses. Constipation habituelle.

Par le palper, on sent une tumeur hypogastrique, de la grosseur d'une orange, s'enfonçant dans le petit bassin.

Le toucher permet de sentir dans le cul-de-sac postérieur une masse paraissant faire corps avec la tumeur abdominale. L'utérus est haut situé et refoulé vers la gauche.

Opération. — Laparotomie, le 31 décembre 1897. L'utérus déborde le bord supérieur de la symphyse pubienne. A droite, pyosalpinx volumineux, adhérent à l'épiploon ; à gauche, gros ovaire polykystique adhérent et trompe parenchymateuse. La conservation paraît inutile et l'opérateur procède à l'hystérectomie abdominale totale suivant la méthode américaine et en commençant par la gauche. L'utérus est sectionné au ras de l'insertion vaginale ; mais, comme la collection droite crève et laisse s'écouler un pus fétide, après énucléation complète et lavage circonsrit, ce qui reste du col est extirpé pour permettre un large drainage vaginal. Malgré celui-ci, l'opération fut suivie d'accidents de péritonite assez graves ; néanmoins au bout de quelques jours la malade était hors de danger et guérissait complètement.

Résultat éloigné. — Le 8 février 1899, elle écrivait de Moulins à M. Richelot qu'elle était très bien portante.

OBS. 81 (Due à l'obligeance de M. RICHELOT). — *Hystérectomie abdominale pour double pyosalpinx*. — E. L., 26 ans, domestique. Fausse

couche il y a 5 ans, accompagnée d'accidents certains de syphilis secondaire. Depuis cette époque menstruation toujours en avance et très abondante, pertes blanches et douleurs pelviennes siégeant surtout à droite et s'exagérant au moment des règles.

Examen. — L'utérus est en rétroversion. On sent dans le cul-de-sac latéral droit une grosse tuméfaction annexielle. A gauche, sensibilité assez vive, mais pas de tumeur perceptible.

Opération. — Laparotomie le 19 février 1898. L'utérus plonge en arrière dans le Douglas auquel il adhère. Les annexes droites sont énormes et adhérentes, volumineuse collection tubaire et gros ovaire polykystique. A gauche, l'ovaire est moins gros, mais la trompe est plus distendue que du côté droit. L'opérateur, passant entre l'utérus et les annexes gauches fait basculer l'utérus sur le côté droit en sectionnant, comme dans le procédé américain, en plein col. Les annexes droites sont ensuite décortiquées de bas en haut sans rupture et enlevées d'un seul bloc avec l'utérus. Les annexes gauches sont, après cette manœuvre, décortiquées également de bas en haut et facilement extirpées. Il n'y a pas eu la moindre souillure de la cavité pelvienne; en conséquence un surget au catgut rabat le péritoine au-dessus du moignon cervical et le ventre est refermé sans drainage. Guérison sans aucun accident.

Obs. 82 (personnelle, service de M. RICHELGT). — *Hystérectomie abdominale totale pour pyosalpinx.* — H. G., 39 ans, couturière. Régliée à 16 ans. Un premier enfant à 20 ans, un deuxième à 22 ans. Suites de couches normales. Jamais de fausse couche: néanmoins les règles n'ont pas paru, il y a un an, pendant deux mois consécutifs; mais leur réapparition s'est faite normalement sans pertes abondantes ni caillots. Quoi qu'il en soit, depuis cette époque la malade souffre du ventre, par crises qui débutent dans la hanche ou l'aîne gauche et durent 20 minutes environ, laissant après elles la malade très déprimée. Il y a 2 à 3 crises par semaine; elles apparaissent toutes les fois que la malade, qui est sujette à une constipation habituelle, reste 2 ou 3 jours sans aller à la selle. Quand la malade urine, il lui semble parfois que « tout son ventre va partir ». Les règles sont normales comme abondance et régularité. Pas de pertes blanches.

Examen. — A la palpation, on sent une tumeur remontant jusqu'à environ quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse, commençant un peu à droite de la ligne médiane et se continuant d'une façon diffuse dans la fosse iliaque gauche. Par le toucher, on constate que le col utérin est refoulé en avant et en haut derrière la symphyse, comme dans l'hématocèle rétro-utérine. Le corps de l'utérus, formant la partie droite, globuleuse de la tumeur, semble assez indépendant du reste de la masse; il est impossible cependant d'affirmer cette indépendance. Le cul-de-sac postérieur contient la partie la plus déclive de la tumeur.

L'ampoule rectale, fortement distendue par des gaz, fait saillie dans la cavité vaginale.

Opération. — Laparotomie, le 12 avril 1898. On tombe sur un utérus volumineux, des annexes droites parenchymateuses, peu adhérentes, faciles à enlever, et des annexes gauches formant une énorme tumeur, soulevant l'utérus et intimement adhérente à l'intestin. M. Richelot fait alors l'hystérectomie à l'américaine, en commençant par la droite. En sectionnant le col, qui est infiltré et comme lardacé, l'opérateur ouvre une petite collection purulente à contenu extrêmement fétide, qu'il croit tout d'abord développée dans l'épaisseur même du tissu utérin ; mais l'examen ultérieur de la pièce lui permet de constater qu'il s'agissait d'une poche purulente, formée aux dépens de l'ovaire gauche et prolabée dans le Douglas, au-dessous du col utérin. Lavage. L'opération continue par la bascule de l'utérus à gauche et l'énucléation de bas en haut des annexes correspondantes. La masse annexielle est formée d'une grosse poche ovarique à contenu purulent et d'une énorme trompe parenchymateuse. Le moignon cervical laissé en place est ensuite évidé, mais non extirpé. Le vagin n'a pas été ouvert. Un gros drain et une mèche de gaze au salol sont laissés dans le Douglas et sortent par l'angle inférieur de la plaie abdominale. L'opération a été laborieuse, mais laisse espérer un bon résultat, car le pus fétide qui s'est écoulé paraît ne pas avoir contaminé les anses intestinales. La malade quitte, en effet, l'hôpital au bout de 3 semaines.

Obs. 83 (Due à l'obligeance de M. RICHELOT). — *Hystérectomie abdominale totale pour double pyosalpinx.* — M. L., cuisinière. Régliée à 13 ans. Accouchement normal à 19 ans. Depuis, menstruation toutes les 3 semaines, durant 5 à 6 jours, indolore. Pas de pertes blanches.

Le 10 mars 1898, la malade était au 2^e jour de ses règles lorsqu'elle fut prise subitement de frissons, de douleurs lombaires et pelviennes, en même temps que s'arrêtait l'écoulement menstruel. Actuellement la malade se plaint de douleurs abdominales généralisées.

Examen. — Abdomen douloureux, surtout au niveau de la fosse iliaque gauche. Le col de l'utérus est abaissé, repoussé vers la symphyse, déchiré. Le corps est dans le cul-de-sac postérieur et l'on sent dans le cul-de-sac latéral gauche une masse du volume d'une orange, appréciable par le palper combiné au toucher.

Opération. — Laparotomie, le 19 avril 1898. À l'ouverture du ventre, on tombe sur une énorme collection formée par les annexes gauches et intimement adhérente aux parties voisines ; la trompe droite est également fortement distendue, mais paraît d'énucléation plus facile. En cherchant à décoller un peu cette dernière, un petit flot de pus fait irruption dans le Douglas. Lavage circonscrit. L'opération semble devoir être facilitée par l'extirpation première de l'utérus. Cet organe est donc enlevé après avoir été séparé de chaque côté de ses annexes. Puis la

trompe et l'ovaire droit sont facilement énucléés sans rupture de bas en haut. Quant à la masse annexielle gauche, formée d'une grosse poche purulente ovarique recouverte par une énorme trompe parenchymateuse, elle se rompt au cours des manœuvres d'énucléation. On draine à l'aide d'un gros drain vagino-sus-pubien et de mèches de gaze aseptique. Ablation des mèches le 23 avril.

Résultat éloigné. — L'opérée revient le 20 novembre 1898. Elle prétend avoir des « pertes blanches tous les mois ». Elle a, en effet un peu de catarrhe vaginal, mais se porte en réalité très bien. Elle ne souffre plus du tout et ne se plaint pas de bouffées de chaleur.

Obs. 84 (Due à l'obligeance de M. RICHELOT). — *Hystérectomie abdominale pour double pyosalpinx.* — L. T., âgée de 24 ans, cuisinière. Premières règles à 17 ans. Menstruation irrégulière, n'apparaissant que tous les 2 ou 3 mois, mais très abondante et douloureuse. Un enfant à 20 ans, suites de couches normales, mais pertes blanches depuis cet accouchement. Il y a 2 ans, la malade a senti brusquement dans le côté gauche une douleur qui a toujours persisté depuis. Cette douleur est gravative, continue, progressive, provoquée par la palpation dans la fosse iliaque gauche, avec exacerbations très vives qui amènent une irradiation dans la partie antérieure de la cuisse gauche. Depuis 3 semaines la malade ne peut plus marcher.

Actuellement, et contrairement à ce qui avait lieu autrefois, les règles sont fréquentes, apparaissant tous les 15 jours, très abondantes et de durée toujours croissante. Entre temps, pertes blanches continues.

Examen. — Ventre souple. La palpation détermine une douleur vive dans la fosse iliaque gauche et sur la ligne médiane ; elle permet de sentir, sans la préciser, une masse occupant la partie gauche de l'excavation.

Au toucher, le col est gros, congestionné, mobile. Les culs-de-sac postérieur et gauche sont empâtés. Le corps utérin est en position normale, mais douloureux à la pression bimanuelle. Une grosse masse, tendue, douloureuse, occupe tout le cul-de-sac latéral gauche et se prolonge dans le cul-de-sac postérieur.

Opération. — Laparotomie le 7 juin 1898, dans l'espoir d'une intervention unilatérale. L'ouverture de l'abdomen amène sur un gros pyosalpinx gauche, adhérent à l'épiploon et difficile à énucléer. Quelques tractions discrètes sur les adhérences produisent une petite rupture par où s'écoulent quelques gouttes de pus, immédiatement entraînées par un lavage circonscrit. On s'attaque alors à la trompe droite, qui est également malade, parenchymateuse, gorgée de pus, mais qui se laisse facilement détacher de ses adhérences sans se rompre. L'opérateur procède alors à l'hystérectomie abdominale, à l'américaine, laissant un moignon de col. Les annexes gauches sont extirpées de bas en haut, non sans

une nouvelle effusion de pus, qui nécessite un deuxième lavage. Le péritoine est ramené sur le moignon cervical à l'aide d'un surget au catgut. On draine par l'abdomen. Guérison.

Obs. 85 (Due à l'obligeance de M. RICHELOT). — *Hystérectomie abdominale totale pour double pyosalpinx avec poussée de pelvi-péritonite aiguë.* — Mort. — J. L., 29 ans, lingère, premières, règles à 11 ans, mariée à 19 ans, veuve à 26 ans, remariée à 28 ans, jamais ni enfant, ni fausse couche. Quelques troubles des règles à partir du mois d'octobre 1897 : la menstruation disparaît pendant 3 mois. En 1896, la malade avait été soignée médicalement pendant 2 mois pour une salpingite aiguë. Les douleurs, très vives à cette époque, avaient disparu à peu près complètement, lorsqu'elles ont fait leur réapparition il y a quelques semaines. A ce moment la malade a eu des nausées, des frissons et éprouvé tout d'abord une sensation de pesanteur dans le bas-ventre ; mais depuis 15 jours la douleur a pris un caractère aigu et s'accompagne d'irradiations dans la partie antérieure des cuisses et dans les reins.

Examen. — Ventre ballonné, uniformément augmenté de volume, vive sensibilité à la pression, plus prononcée à gauche, col utérin haut situé, refoulé en avant par une masse de consistance solide qui occupe le cul-de-sac postérieur.

Opération. — Le 11 juin 1896, dans l'impossibilité de faire, même sous le chloroforme, un diagnostic précis, on pratique la laparotomie. Deux masses annexielles refoulent l'utérus en avant et adhèrent à l'intestin et à l'épiploon. La vessie adhérente par son sommet à la partie supérieure de la face antérieure de l'utérus est facilement libérée ; mais au premier essai de destruction des adhérences épiploïques et intestinales il s'écoule un pus d'odeur fétide qui est entraîné immédiatement par un lavage circonscrit. L'opérateur attaque alors l'utérus par le cul-de-sac vésico-utérin, le fait basculer de bas en haut et l'extirpe rapidement en laissant les annexes en place. Il s'attaque ensuite à ces dernières et les énuclée également de bas en haut, mais avec nouvelle effusion de pus. La cavité pelvienne est lavée et éponagée une dernière fois et l'on établit un drainage sus-pubien et vaginal aussi soigné que possible. Malgré ces précautions la malade meurt le lendemain matin.

Obs. 86 (Due à l'obligeance de M. RICHELOT). — *Hystérectomie abdominale totale pour fibrome et pyosalpinx.* — M. M., 44 ans, couturière, pas d'antécédents. La malade a une fille de 24 ans, bien portante ; l'accouchement a été normal et ses suites régulières. Depuis quelques années, douleurs dans l'abdomen, sans localisation précise, peu intenses et qui se calment à l'époque des règles. La menstruation a toujours été régulière, sauf depuis 3 mois où les règles apparaissent tous les 15 jours, sont très abondantes et durent au moins 8 jours.

Depuis 6 semaines, les douleurs sont plus violentes et siègent dans la région pelvienne et le flanc gauche. La malade a de la fièvre, la langue est saburrale. Il n'y a pas de constipation, mais les mictions sont plus fréquentes que normalement.

Examen. — Le ventre est augmenté de volume et la palpation laisse percevoir une tumeur, qui remonte jusqu'au-dessus de l'ombilic, mobile, irrégulière et de consistance dure. Le col utérin est repoussé vers la symphyse ; les culs-de-sac sont occupés par la partie inférieure de la tumeur.

Opération. — Laparotomie, le 12 juillet 1898. L'opérateur arrive immédiatement sur un gros fibrome irrégulièrement lobulé. Il va vers le cul-de-sac vésico-utérin pour tailler d'abord, suivant son procédé, le lambeau péritonéal antérieur ; mais il est arrêté par une adhérence de la masse pelvienne à la paroi. Comme il ne peut rien faire, sans libérer et reconnaître les organes, il s'attaque à cette adhérence ; mais à la première pesée un flot de pus, horriblement fétide fait irruption. Lavage limité, hésitation à poursuivre l'opération. Mais le pus, dont on n'a pu se rendre suffisamment maître, a déjà souillé les anses intestinales. La tumeur fibreuse est un obstacle à un nettoyage soigné et un drainage suffisant : il faut risquer le tout pour le tout. Alors l'utérus est enlevé le plus rapidement possible avec les annexes droites. Quant aux annexes gauches, aux dépens desquelles est développée la collection purulente qui s'est rompue, elles sont énucléées en dernier lieu, avec nouvelle effusion de pus. Le vagin est laissé ouvert et, après l'hémostase, on procède à un grand lavage complet du péritoine ; on le prolonge jusqu'à ce que le liquide ressorte absolument clair et 25 litres d'eau salée passent ainsi à travers la cavité péritonéale. Drainage à l'aide de mèches de gaze iodoformée et d'un gros drain.

Suites opératoires. — Le lendemain, pas de douleur, pas de vomissements, bon poulx, bon facies. Les mèches, enlevées le 16 juillet, entraînent avec elles un flot de pus. Le drain est laissé en place pendant quelques jours encore. Guérison inespérée et remarquable par l'absence de toute complication.

Obs. 87 (Due à l'obligeance de M. RICHELOT). — *Hystérectomie abdominale totale pour double pyosalpinx.* — J. M., 37 ans, domestique. Réglée à 17 ans. Ni enfant, ni fausse couche. Il y a un mois, pertes jaunes tachant la chemise, miction douloureuse, accidents de cystite. Quelques jours après, douleurs pelviennes et lombaires très vives.

Examen. — Corps de l'utérus refoulé à droite par une grosse collection occupant le cul-de-sac latéral gauche. Sensibilité du cul-de-sac droit, mais sans qu'aucune tuméfaction soit perceptible.

Opération. — Dans l'espoir de pouvoir faire une opération conservatrice, on pratique la laparotomie le 15 mars 1898. A l'ouverture du ventre, on tombe sur un gros pyosalpinx gauche très adhérent à l'in-

testin et très menaçant. A droite, lésions analogues. Alors l'opérateur se décide pour l'hystérectomie totale. Il pénètre en avant dans la base du ligament large gauche et décolle la collection tubaire de bas en haut, car elle lui paraît trop dangereuse à aborder par en haut du côté des adhérences intestinales. Dans cette manœuvre, bien que le contenu de la trompe ait été aspiré par la ponction, il tombe dans le pelvis quelques gouttes de pus. Lavage immédiat à l'eau salée de la cavité pelvienne. Les annexes gauches une fois désinsérées, l'artère utérine correspondante est pincée, le vagin ouvert par son cul-de-sac latéral gauche. La bascule s'effectue facilement, l'utérine droite est pincée à son tour et les annexes droites s'énucléent rapidement de bas en haut. On laisse dans le vagin un gros drain et deux mèches de gaze aseptique sortant par la plaie abdominale.

Résultat éloigné. — Le 13 novembre 1898, la malade est revue : elle se plaint encore de souffrir dans le bas-ventre et cependant il ne reste aucun signe objectif de son mal. Elle revient le 12 mars 1899, accusant des douleurs pelviennes à droite, avec irradiations dans le membre inférieur correspondant. L'examen local reste négatif. L'état général est excellent.

Obs. 88 (Due à l'obligeance de M. RICHELOT). — *Hystérectomie abdominale pour pyosalpinx.* — R. P., 33 ans, caissière. Réglée à 11 ans, toujours régulièrement. Mariée à 17 ans. Aussitôt après pertes blanches abondantes, menstruation douloureuse et nécessitant le repos au lit à chaque période. Opération, il y a 5 ans, à l'hôpital Tenon, qu'il est difficile de préciser, mais qui semble avoir été une simple amputation sus-vaginale du col. La malade continue à souffrir, a des pertes blanches continuelles et réclame une nouvelle intervention.

Opération. — Dans l'incertitude où laisse l'opération antérieure, on pratique, le 24 novembre 1898, la laparotomie. A l'ouverture du ventre on tombe sur un gros utérus flanqué de deux volumineuses trompes, d'aspect parenchymateux, et qui contiennent du pus, comme le montre ultérieurement l'examen de la pièce. Hystérectomie abdominale, suivant le procédé américain. Le vagin n'est donc pas ouvert. Les annexes ont été facilement énucléées, il n'y a pas eu d'irruption de pus. Le péritoine est ramené sur le moignon cervical et la paroi abdominale est refermée sans drainage. Guérison.

Obs. 89 (Due à l'obligeance de M. RICHELOT). — *Hystérectomie abdominale pour double pyosalpinx.* — C. D., 28 ans, cuisinière. Réglée à 16 ans. Mariée à 20 ans. Pas d'enfant, pas de fausse couche. A 21 ans, métrite aiguë avec poussée salpingienne probable : la malade restée 4 mois alitée. Depuis cette époque très bonne santé, sauf quelques douleurs peu intenses de temps à autre.

Il y a 6 semaines, pendant l'époque menstruelle, arrêt brusque de

l'écoulement sanguin, douleurs très vives à gauche, vomissements. La malade entre à l'hôpital et est laissée quelques jours au repos : les règles, en retard de 6 à 7 jours, surviennent, les douleurs diminuent, mais il reste une localisation très nette à gauche.

Examen. — Col long, conoïde. Tuméfaction dans le cul-de-sac latéral gauche. Les annexes droites paraissent saines.

Opération. — Laparotomie le 1^{er} décembre 1898, dans l'espoir de n'enlever que les annexes gauches ; mais à l'ouverture du ventre, on tombe sur un double pyosalpinx. Le gauche, plus volumineux, est d'abord extirpé ; son énucléation donne lieu à un léger flot de pus fétide, lavage. Puis on pratique l'hystérectomie abdominale, sans ouverture du vagin et on énuclée les annexes droites, qui s'en vont avec l'utérus en un seul bloc. Le pyosalpinx droit ne s'est pas rompu. Drainage sus-pubien. Guérison.

Obs. 90 (Due à l'obligeance de M. RICHELOT). — *Hystérectomie abdominale pour suppuration pelvienne.* — M. G., 34 ans, rentière. Vient du Vénézuéla à Paris en août 1898. Elle raconte qu'elle souffre depuis fort longtemps du ventre et qu'elle a déjà subi, il y a 8 ans, une opération sur le col de la matrice, à New-York. Il est probable que cette intervention fut septique, car l'opérée ne tarda pas à faire des accidents de péripéritonite avec frisson, fièvre, vomissements. Lorsque son état le lui permit, la malade retourna au Vénézuéla, où pendant de nombreuses années elle fit des poussées de péripéritonite avec accès fébriles rapportés au paludisme par les médecins traitants.

A son arrivée à Paris, la malade a toujours de la fièvre et ses douleurs pelviennes l'obligent à garder la chambre. L'examen est difficile, car la malade est très grasse et nerveuse : on ne sent qu'un empatement vague autour de l'utérus. On prescrit un traitement médical. Dans le courant du mois d'octobre, la fièvre et les douleurs persistent toujours, un nouvel examen très sérieux est pratiqué et cette fois on finit par diagnostiquer avec certitude l'existence d'un gros pyosalpinx du côté droit.

Opération. — 17 novembre 1898. En présence de la pusillanimité de la malade, qui se refuse à toute intervention importante, on incise, ne pouvant faire mieux, le cul-de-sac postérieur. Un flot de sérosité fait immédiatement irruption dans le vagin et le doigt, introduit profondément, va reconnaître très haut la collection tubaire qu'il faudrait effondrer. Mais la main de l'opérateur est au milieu d'anses intestinales saines et mobiles ; il n'est donc pas possible d'évacuer le pus à travers un péritoine libre sans faire courir de grands dangers à la malade. On laisse donc les choses en l'état et l'on draine. Cette intervention, bien qu'incomplète, fut suivie d'une amélioration très sensible pendant quelques semaines et la malade put se croire guérie. Mais, en janvier 1899, la fièvre et les douleurs reparaissent, l'état général devient mauvais et

la malade entre le 6 février à la maison de santé de la rue Bizet, décidée cette fois à supporter une opération plus radicale.

A ce moment, un nouvel examen permet de constater toujours l'existence d'un gros pyosalpinx à droite ; mais, de plus, l'utérus paraît gros, enclavé, et dans le cul-de-sac latéral gauche on sent un empatement douloureux, qui prouve la participation des annexes gauches à l'affection.

Hystérectomie abdominale, le 20 février 1899. — M. Richelot trouve le cas typique pour l'hystérectomie vaginale ; mais, sur l'insistance de M. Terrier, appelé en consultation, il prend la voie abdominale. L'opération fut très laborieuse, mais l'appareil utéro-annexiel fut enlevé en totalité, sauf la portion sous-vaginale du col, qui fut recouverte tant bien que mal par un sujet du péritoine pelvien. Drainage sus-pubien avec mèches et drains.

Suites opératoires. — Pendant trois jours l'opérée fut entre la vie et la mort. Enfin, au bout de ce laps de temps, grâce au sérum et au cognac, employé à haute dose, la situation devint meilleure et la guérison ne fut plus qu'une question de jours. Les mèches de gaze furent enlevées le 8^e jour et entraînèrent avec elles un liquide extrêmement fétide, qui devenait bientôt un pus de bonne nature et sans odeur. Le drain fut progressivement raccourci à partir du 10^e jour et supprimé vers le 20^e environ. Guérison complète au bout d'un mois.

Obs. 94 (Due à l'obligeance de M. RICHELOT). — *Hystérectomie abdominale pour suppuration pelvienne.* — S. L., 43 ans, journalière. Réglée à 14 ans régulièrement. Jamais d'accouchement ni de fausse couche. Depuis un mois, douleurs pelviennes très vives et constipation opiniâtre.

Examen. — Par le palper, on sent une tumeur très irrégulière qu'il est impossible de bien délimiter et qui remonte au-dessus de l'ombilic. Par le toucher, on constate que l'utérus est repoussé en avant par une masse rénitente occupant le cul-de-sac latéral gauche. A droite et très haut on perçoit une masse de consistance plus dure qui se perd dans la tumeur abdominale. Etat général précaire : amaigrissement, fièvre.

Opération. — Laparotomie le 29 juin 1899. La vessie est très remontrée. L'utérus, volumineux, est soulevé au-dessus du pubis. A droite et à gauche pyosalpinx formant une masse enfouie sous l'intestin et l'épiploon et très adhérente. Dès la première tentative de décollement, issue d'un pus extrêmement fétide. Lavage circonscrit. On continue le décollement : flot considérable de pus, nouveau lavage. Après l'effondrement d'une troisième poche purulente, suivi d'un troisième lavage, les annexes sont enfin libres de leurs adhérences à l'intestin et à la paroi pelvienne postérieure. Alors l'hystérectomie abdominale est pratiquée suivant une variante du procédé américain, mais le col est sectionné au ras de l'insertion du vagin qui n'est pas ouvert. Les pinces qui ont

fait l'hémostase préventive sont laissées à demeure ; dernier lavage, drainage sus-pubien très soigneux.

Suites opératoires. — Malgré les craintes légitimes de l'opérateur, les suites de l'opération furent simples : les pinces furent enlevées au bout de 48 heures et l'opérée sortit complètement guérie le 21^e jour.

CONCLUSIONS

L'histoire a consacré l'existence de trois grandes variétés de suppurations pelviennes : la cellulite pelvienne, la pelvi-péritonite et les salpingo-ovarites purulentes, qui peuvent se rencontrer soit séparément, soit simultanément.

Deux voies principales se sont disputé la faveur des chirurgiens dans le traitement de ces suppurations : la voie vaginale et la voie abdominale. Par l'une et par l'autre ont été mises en œuvre les trois mêmes méthodes opératoires : la simple ouverture des collections purulentes, l'extirpation partielle de l'appareil utéro-annexiel et son extirpation totale.

Pour établir les indications opératoires de ce traitement et faire choix du meilleur mode d'intervention, le chirurgien doit avant tout chercher à s'éclairer sur la virulence du pus et le siège anatomique de la suppuration. Ce n'est que par l'analyse minutieuse des symptômes qu'il acquerra ces deux notions précieuses. La connaissance de l'espèce microbienne qui a provoqué la suppuration, sauf le cas de lésions tuberculeuses, n'a jusqu'à présent qu'une importance secondaire.

La thérapeutique des suppurations pelviennes doit obéir au principe général de chirurgie qui veut que toute collection purulente soit évacuée : *ubi pus, ibi evacua*.

L'intervention *immédiate* s'impose dans la cellulite pelvienne, aiguë ou chronique, limitée ou diffuse, comme dans toute suppuration du tissu cellulaire.

L'intervention ne doit pas être moins précoce dans la pelvi-péritonite : il est inutile et il peut être nuisible d'attendre que le pus se soit collecté.

La salpingite purulente non kystique, toujours récente, doit être traitée médicalement : c'est la seule exception que comporte, en fait de suppuration pelvienne, le principe de l'évacuation du pus.

L'intervention est l'aboutissant obligé de tout pyosalpinx ; mais dans les phases aiguës l'abstention est de règle, à moins de pouvoir, sans effraction de la cavité péritonéale, traiter la collection purulente comme un simple abcès chaud.

L'indication opératoire est formelle dans les suppurations pelviennes complexes et la tuberculose utéro-annexielle, toutes les fois que l'état général permet l'intervention.

La cellulite pelvienne, quelle que soit sa variété anatomique, sera traitée par l'incision vaginale.

Le phlegmon de la gaine hypogastrique, incomparablement plus fréquent que celui du ligament large proprement dit, sera ouvert par le cul-de-sac antérieur.

Dans la cellulite pelvienne diffuse, l'hystérectomie vaginale paraît inutile et peut être dangereuse : on devra se contenter de l'incision simultanée la plus large possible des culs-de-sac antérieur et postérieur.

L'incision du cul-de-sac postérieur est le traitement de choix de la pelvi-péritonite.

Ce n'est qu'à titre tout à fait exceptionnel que les abcès péritonéaux seront ouverts par la paroi abdominale, soit sur la ligne médiane, soit de préférence latéralement suivant la pratique préconisée par Hegar et Pozzi.

Deux idées directrices doivent guider le chirurgien dans le choix de l'intervention contre les salpingo-ovarites purulentes : évacuer le pus sans exposer les jours de la malade, la guérir avec le minimum de dégâts.

Le pyosalpinx unique, froid, même accessible par le vagin, sera justiciable, s'il paraît incurable, de la castration partielle par l'abdomen.

Le pyosalpinx unique, chaud, compliqué ou non de lésions de voisinage, sera incisé par le vagin, s'il est accessible par cette voie. Dans le cas contraire, d'ailleurs rare, si les phénomènes généraux obligent à ne pas différer l'intervention, on incisera : sur la ligne médiane, si la collection purulente n'est pas trop volumineuse et,

suivant le cas, on se contentera d'évacuer le pus et de drainer, ou bien on pratiquera l'ablation de l'annexe malade ; latéralement, si le pus paraît abondant, très virulent et que la collection purulente est en rapport immédiat avec la paroi.

Les salpingo-ovarites suppurées bilatérales, froides, non compliquées et récentes seront traitées par l'incision vaginale. La bilatéralité des lésions n'est pas une contre-indication à la colpotomie.

Les salpingo-ovarites suppurées froides et anciennes seront justiciables de la castration totale par la voie abdominale. On ne conservera l'utérus que si cet organe ne présente pas de lésions trop accusées et que s'il est possible de ménager un ovaire, ou une portion d'ovaire : les troubles de la ménopause précoce seront ainsi évités.

Les salpingo-ovarites purulentes chaudes, compliquées ou non, accessibles par le vagin, seront traitées par la colpotomie.

Les salpingo-ovarites purulentes chaudes, compliquées ou non, inaccessibles par le vagin, et qui réclament une intervention précoce, seront justiciables de la castration totale, réserve faite encore cependant sur la possibilité de conserver un ovaire et l'utérus : *parce ovario et utero si possis*.

La castration totale sera pratiquée par l'abdomen si le chirurgien, expérimenté, a l'impression qu'il peut dominer l'invasion du pus ; elle le sera par le vagin dans les cas désespérés où la colpotomie paraît insuffisante, la laparotomie téméraire, et contre lesquels l'hystérectomie vaginale restera toujours un moyen héroïque.

Vu :

Le Président de la thèse,

TILLAUX.

Vu :

Le Doyen,

P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	5
HISTORIQUE	7
CHAPITRE I ^{er} . — Séméiologie	21
I. Valeur des signes généraux.	22
II. Valeur des signes fonctionnels.	28
III. Valeur de l'examen local	31
CHAPITRE II. — Indications opératoires	37
I. Cellulite pelvienne.	38
II. Pelvi-péritonite	40
III. Suppurations annexielles.	42
IV. Suppurations complexes.	47
V. Tuberculose pelvienne.	47
CHAPITRE III. — Choix de l'intervention	49
I. Cellulite pelvienne circonscrite et diffuse	50
II. Pelvi-péritonite	55
III. Salpingo-ovarites suppurées et suppurations complexes	60
IV. Tuberculose pelvienne	76
OBSERVATIONS.	77
CONCLUSIONS	131

Imp. J. Thevenot, Saint-Dizier (Hte-Marne)
